

**L'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* : simple possibilité ou véritable obligation ?**

Par Juliette Oudin

Maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai présenté au professeur Robert Kouri  
et soumis à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Québec

Janvier 2020

© Juliette Oudin, 2020

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
A. Définitions, historique et cadre législatif .....	4
1. Le secret professionnel.....	4
2. Le droit à la vie privée .....	6
B. La portée de l'article 20(5) du <i>Code de déontologie des médecins</i> .....	7
C. Exclusions .....	14
D. Problématique .....	16
I. LA DENONCIATION, UNE SIMPLE POSSIBILITE DEVANT ETRE LAISSEE A LA DISCRETION DU PROFESSIONNEL DE SANTE .....	19
A. L'absence d'obligation de dénoncer dans le droit positif .....	19
1. L'intention du législateur et de la jurisprudence.....	19
2. Les cas particuliers : le VIH et les maladies génétiques .....	22
B. La nécessité de maintenir la protection du secret professionnel .....	30
1. L'importance de limiter la dénonciation à des situations exceptionnelles.....	30
2. Les risques de l'imposition d'une obligation de dénoncer pour la protection du secret professionnel .....	33
II. POUR L'IMPOSITION D'UNE VERITABLE OBLIGATION DE DENONCER .....	40
A. L'obligation de dénoncer : un devoir moral.....	40
1. Les considérations éthiques.....	40
2. L'intérêt public vs. l'intérêt individuel .....	43
B. L'obligation de dénoncer et la protection des droits fondamentaux .....	49
1. La primauté du droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité sur le droit au secret professionnel et à la vie privée .....	49
2. L'obligation de porter secours .....	53

CONCLUSION .....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	63

## INTRODUCTION

En 1981, le *Code de déontologie des médecins* instituait, à son article 3.04, une exception au secret professionnel en vertu de laquelle un médecin pouvait « divulguer les faits dont il a eu personnellement connaissance [...] lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage »<sup>1</sup>.

En 2002, un nouveau *Code de déontologie des médecins* est adopté en remplacement de l'ancien, mais la rédaction de cet article reste sensiblement la même. On peut désormais lire que « le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel [...] ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf [...] lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage »<sup>2</sup>.

Cette dérogation au secret professionnel permet de mettre en balance l'intérêt individuel d'un patient, soit son droit à la confidentialité, et le droit de tous à la santé et à la sécurité. Elle laisse une latitude au médecin et favorise la prise de décisions plus justes et plus respectueuses des droits des individus, en ce que la primauté ne sera pas toujours accordée au respect du secret professionnel et à la vie privée du patient.

Elle se justifie par une succession d'affaires, au Québec et ailleurs, qui ont mis en lumière la nécessité, dans certaines situations, de protéger les individus au détriment du secret professionnel.

La première, l'affaire *Tarasoff*<sup>3</sup>, avait pris place aux États-Unis et impliquait un patient, Prosenjit Poddar, qui avait fait part à son médecin psychologue, le Dr. Lawrence Moore, de son intention de tuer une jeune fille, Tatiana Tarasoff. Le Dr. Moore avait alors prévenu la police du caractère potentiellement dangereux de son patient, mais celui-ci avait finalement été libéré. Deux mois plus tard, Prosenjit Poddar assassinait Tatiana Tarasoff. Les parents de

---

<sup>1</sup> *Code de déontologie des médecins*, RRQ, 1981, c. M-9, r 4, art. 3.04.

<sup>2</sup> *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r 17, art. 20(5).

<sup>3</sup> *Tarasoff v. Regents of the University of California*, 551 P.2d 334 (Cal. Sup. Ct. 1976).

cette dernière poursuivirent alors le Dr. Moore au motif que celui-ci connaissait l'intention meurtrière de son patient et qu'il n'en avait pas informé Tatiana Tarasoff alors que sa vie était directement menacée. La Cour suprême de Californie statua en faveur des parents de la jeune fille et conclut que :

When a therapist determines, or pursuant to the standards of his profession should determine, that his patient presents a serious danger of violence to another, he incurs an obligation to use reasonable care to protect the intended victim against such danger. The discharge of this duty may require the therapist to take one or more of various steps, depending upon the nature of the case. Thus it may call for him to warn the intended victim or others likely to apprise the victim of the danger, to notify the police, or to take whatever other steps are reasonably necessary under the circumstances.<sup>4</sup>

Ultérieurement, en 1996 à Baie Comeau, un individu tua sa femme, son enfant puis se suicidait, alors qu'il avait plusieurs fois manifesté à son médecin son intention de le faire. Suite à ce drame, le coroner en charge de l'affaire avait émis la recommandation suivante :

[...] à tout intervenant social ou judiciaire, lorsqu'il y a un danger imminent pour la sécurité ou la vie d'une personne, de ne pas hésiter à lever le secret professionnel pour assurer que des mesures concertées d'intervention et de protection soient mises en place dans les plus brefs délais.<sup>5</sup>

Par la suite, lors de l'affaire *Smith c. Jones* en 1997, un patient énonça à son avocat son intention de violer et de tuer des prostituées<sup>6</sup>. L'avocat avait alors orienté le patient vers un médecin psychiatre, lequel demanda une autorisation judiciaire lui permettant de divulguer, au soutien de la défense de l'avocat, l'état de santé psychiatrique de son patient dans un objectif de protection de l'intérêt public. La Cour suprême du Canada accorda cette autorisation car elle considéra que dans cette situation, le motif d'intérêt public devait primer sur le droit du patient au secret professionnel de son avocat :

Le privilège du secret professionnel de l'avocat permet à un client de parler en toute liberté à son avocat car il a la certitude que les paroles et les documents

---

<sup>4</sup> *Id.*, par. 431.

<sup>5</sup> Jacques BERUBE, coroner, *Rapport d'enquête du coroner sur les causes et les circonstances de décès de Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette et René Gaumont*, Gouvernement du Québec, Bureau du coroner, Sainte-Foy, 1997, p. 41.

<sup>6</sup> *Smith c. Jones*, [1999] 1 R.C.S. 455.

visés par le privilège ne seront pas divulgués. Il est établi depuis longtemps qu'il s'agit d'un principe de la plus haute importance pour l'administration de la justice et qu'il doit être maintenu chaque fois qu'il est possible de le faire. Néanmoins, lorsque la sécurité publique est en jeu et qu'il y a danger imminent de mort ou de blessures graves, le privilège doit être écarté. Dans le cadre du présent pourvoi, il faut déterminer quels sont les circonstances et les facteurs qui doivent être examinés et soupesés pour trancher la question de savoir si le secret professionnel de l'avocat doit être écarté dans l'intérêt de la protection de la sécurité publique.<sup>7</sup>

Plusieurs circonstances ont subséquemment relancé le débat concernant le champ d'application de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*. En premier lieu, l'apparition du VIH vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle affola les populations et remit en question le caractère absolu du droit au secret professionnel<sup>8</sup>. En effet, le comportement irresponsable de certains individus touchés par le virus et ayant des relations sexuelles non protégées posa la question de savoir si, dans ce cas, le droit des personnes à la santé et à la sécurité ne devrait pas prévaloir sur le droit au secret professionnel et à la confidentialité.

Les maladies génétiques ont également reposé la question de l'application de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* sous un nouvel angle. En effet, lorsqu'un patient fait l'objet d'un diagnostic de maladie génétique, il est fort probable que d'autres membres de sa famille sont également touchés par la même maladie, rendant la divulgation de son état de santé particulièrement intéressante. Mais alors que dans le cas du VIH, la transmission que l'on souhaitait dénoncer était volontaire et fautive, les maladies génétiques se transmettent de façon héréditaire et sans qu'il ne puisse être fait quoi que ce soit pour en empêcher la transmission.

Avant de tenter de répondre à la question de savoir si une obligation de dénoncer dans ces cas-là serait opportune, il convient d'abord de définir les notions de secret professionnel et de vie privée, ainsi que d'examiner l'interprétation qui a été faite jusqu'à aujourd'hui de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* et de sa portée.

---

<sup>7</sup> *Id.*, par. 35.

<sup>8</sup> Suzanne NOOTENS, « La divulgation par le médecin d'une maladie transmissible sexuellement », (1991) 70 *Revue du Barreau canadien* 517, 518.

Il s'agira ensuite de mettre en exergue la question fondamentale qui se pose aujourd'hui vis-à-vis de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* : devrait-il laisser aux professionnels de la santé une simple possibilité de dénoncer l'état de santé d'un patient dont la santé ou la sécurité ou celle de son entourage est en danger, ou devrait-il imposer une véritable obligation de le faire ?

## **A. Définitions, historique et cadre législatif**

### *1. Le secret professionnel*

Il existe de nombreuses définitions du secret professionnel. Toutefois, la large définition de Marie-Anne Frison Roche, professeure de droit à l'Institut d'études politiques de Paris, est particulièrement intéressante puisqu'elle englobe les différents volets du secret professionnel : « la notion de secret professionnel désigne à la fois des faits qui ne doivent pas être révélés et le voile que le professionnel doit conserver pour que les informations qu'il détient ne soient pas connues des tiers »<sup>9</sup>.

Le secret professionnel puise très loin ses origines puisqu'il remonte à l'Antiquité grecque et le serment d'Hippocrate qui imposait déjà aux médecins de taire « ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué »<sup>10</sup>. Le secret professionnel était principalement considéré à son origine comme un devoir des médecins plutôt que comme un droit des patients<sup>11</sup>. Le secret était un droit collectif et non un droit individuel.

À la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le fondement du secret professionnel bascule cependant au profit de l'intérêt du patient et de la protection de sa vie privée. Cela s'explique notamment par l'émergence de nouvelles technologies qui rendent beaucoup plus probables les fuites d'informations de santé et par conséquent, les violations du secret professionnel.

---

<sup>9</sup> Marie-Anne FRISON-ROCHE, *Secrets professionnels*, Éditions Autrement, Paris, 1999, p. 18.

<sup>10</sup> Traduction par Émile LITTRE, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Baillière, 1839.

<sup>11</sup> Adolphe TREBUCHET, *Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France*, Paris, Baillière, 1834, p. 18 : « les Romains faisaient une divinité du secret sous le nom de Tacita, et les Pythagoriciens une vertu ; quant à nous, nous en avons fait un devoir ».

Actuellement en droit québécois, il existe de nombreuses dispositions qui encadrent le secret professionnel. En premier lieu, l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* prévoit que :

Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.<sup>12</sup>

Le *Code des professions*, qui s'applique également aux professionnels de la santé<sup>13</sup>, prévoit par ailleurs que :

Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.<sup>14</sup>

La *Loi médicale* dispose à son tour que « un médecin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel »<sup>15</sup>.

En ce qui concerne le contenu de l'obligation au secret professionnel, l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que « le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel : 1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession [...] »<sup>16</sup>. On comprend de cet article que les informations qui viendraient à sa connaissance en dehors de son activité professionnelle ne seraient donc pas protégées par le secret professionnel<sup>17</sup>. Toutefois, cela ne signifierait pas non plus qu'il puisse divulguer

---

<sup>12</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 9.

<sup>13</sup> *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 1 c).

<sup>14</sup> *Id.*, art. 60.4 al. 1.

<sup>15</sup> *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, art. 42.

<sup>16</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 20(1).

<sup>17</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 390.



ces informations car elles resteraient protégées par le droit au respect de la vie privée des patients<sup>18</sup>.

## 2. Le droit à la vie privée

Le droit à la vie privée est un droit fondamental reconnu par la *Charte des droits et libertés de la personne* à son article 5 : « toute personne a droit au respect de sa vie privée »<sup>19</sup>. Le *Code civil du Québec* prévoit également un droit à la vie privée et énonce à son article 35 que « toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée. Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise »<sup>20</sup>.

Il n'existe pas de définition précise et universelle du droit à la vie privée. La Cour suprême elle-même ne s'est pas attachée à la définir, certainement dans un souci d'éviter de circonscrire de manière trop formelle la notion et afin de pouvoir garder une certaine souplesse d'interprétation<sup>21</sup>.

Toutefois, il ressort de l'arrêt *R. c. Dymnt*<sup>22</sup> que le droit à la vie privée protège les individus dans différentes sphères de leur vie :

- La sphère territoriale ou spatiale : la vie privée des individus doit être protégée dans tous les lieux où ils se trouvent et non seulement à leur domicile<sup>23</sup> ;
- La sphère personnelle : le droit à la vie privée implique de sauvegarder « la dignité de la personne humaine » et de la protéger contre « l'affront » à cette dignité et « l'intrusion morale »<sup>24</sup> ;

---

<sup>18</sup> *Id.* : « la prudence s'impose cependant, car il y va du respect de la vie privée, et sa qualité de médecin, qui ne le quitte pas, n'est sans doute pas étrangère auxdites confidences ».

<sup>19</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, art. 5.

<sup>20</sup> *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991, art. 35.

<sup>21</sup> Karim BENYekhlef, « Le droit à la vie privée en droit canadien et américain », dans *Annuaire international de justice constitutionnelle*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2002, p. 384.

<sup>22</sup> *R. c. Dymnt*, [1988] 2 R.C.S. 417.

<sup>23</sup> *Id.*, par. 20.

<sup>24</sup> *Id.*, par. 21.

- La sphère informationnelle : « l'information de caractère personnel est propre à l'intéressé, qui est libre de la communiquer ou de la taire comme il l'entend »<sup>25</sup>.

Ainsi, on le voit, « le juge La Forest s'est contenté d'identifier les composantes fonctionnelles ou conceptuelles du droit à la vie privée en se gardant bien d'assigner à chacune une acception définie »<sup>26</sup>.

Le droit à la vie privée est particulièrement important dans le domaine de la santé, les informations de santé étant « [les renseignements] les plus complets et les plus intimes qu'une administration puisse détenir sur sa population »<sup>27</sup>. Le droit à la vie privée doit donc être d'autant plus protégé dans le domaine médical car les données de santé peuvent être extrêmement intimes, et les conséquences de leur divulgation extrêmement graves.

Il n'existe pas de texte de loi qui associe directement secret professionnel et vie privée. Toutefois, ce principe a été dégagé par la doctrine qui considère que la protection du secret professionnel est un des éléments qui permet de garantir le droit à la vie privée<sup>28</sup>, et par la jurisprudence : ainsi, comme l'énonce le juge Parent, « le droit au respect du secret professionnel est intimement lié au droit au respect de la vie privée. Cette protection trouve application lorsque le professionnel y est tenu par la loi »<sup>29</sup>.

## **B. La portée de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins***

L'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* prévoit que :

Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel [...] ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a

---

<sup>25</sup> *Id.*, par. 22.

<sup>26</sup> K. BENYKHLEF, préc., note 21, p. 386.

<sup>27</sup> D. RACETTE, « La confidentialité des dossiers médicaux : échec à l'idéal orwellien », (1991) 31(3) *Bulletin* 10.

<sup>28</sup> Yves-Marie MORISSETTE et Daniel W. SHUMAN, « Le secret professionnel au Québec : une hydre à trente-neuf têtes rôde dans le droit de la preuve », (1984) 25 *Les cahiers de droit* 501, 513 ; S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 386 ; Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, 1980, p. 149, par. 222.

<sup>29</sup> *Régie de l'assurance maladie du Québec c. Mailloux*, 2012 QCCS 3124.

une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage<sup>30</sup>.

Cet article distingue deux situations différentes. D'abord, il prévoit la possibilité pour un médecin de révéler l'état de santé de l'un de ses patients lorsqu'il craint pour sa santé ou sa sécurité. On pourrait alors imaginer une situation dans laquelle un médecin, conscient que son patient a des idées suicidaires et qu'il risque fortement de les mettre à exécution, en informe les membres de son entourage afin que ceux-ci puissent lui apporter l'aide nécessaire afin d'éviter le drame.

D'autre part, l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* prévoit que les professionnels de la santé peuvent dénoncer l'état de santé de leur patient lorsqu'ils justifient d'une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou à la sécurité de l'entourage de ce patient. Il pourrait s'agir par exemple du cas du patient dont les troubles psychiatriques font craindre à son médecin psychiatre qu'il pourrait porter atteinte à la vie ou à l'intégrité d'une personne de son entourage.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de décision jurisprudentielle s'attachant à définir la portée ou le champ d'application de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* et, de manière générale, rares sont les décisions qui ont fait application de cet article.

C'est donc vers la doctrine qu'il faut se tourner afin de mieux en cerner les contours. Emmanuelle Lévesque, Bartha M. Knoppers et Denise Avard proposent ainsi de se référer aux critères développés dans la décision *Smith c. Jones* concernant le secret professionnel de l'avocat<sup>31</sup>. La Cour suprême y avait en effet dégagé trois critères qui, s'ils sont réunis, permettent de briser le secret professionnel au profit de la sécurité d'une personne ou d'un groupe de personnes :

---

<sup>30</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 20(5).

<sup>31</sup> Emmanuelle LÉVESQUE, Bartha M. KNOPPERS et Denise AVARD, « La protection de l'information génétique dans le domaine médical au Québec : principe général de confidentialité et questions soulevées par les dispositions d'exception », (2005-06) 36 *R.D.U.S.* 101, 118.

Il faut examiner trois facteurs: premièrement, une personne ou un groupe de personnes identifiables sont-elles clairement exposées à un danger? Deuxièmement, risquent-elles d'être gravement blessées ou d'être tuées? Troisièmement, le danger est-il imminent? Manifestement, si le danger est imminent, le risque est sérieux.<sup>32</sup>

Cependant, nous ne croyons pas que les critères de l'arrêt *Smith c. Jones* puissent être directement transposés à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*. En effet, le secret professionnel qui était visé dans cette affaire était celui d'un avocat et non d'un médecin, avec toutes les particularités relatives à la profession d'avocat et de médecin<sup>33</sup> :

Si la défense des biens et la protection de la personne physique ne posent guère de problèmes, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de préserver l'individu de toute intrusion abusive dans l'intimité de sa vie privée, d'autant plus si l'auteur de l'atteinte est précisément le confident auquel la personne s'est adressée parce qu'elle le considérait comme un confident nécessaire, et comme le seul confident possible.<sup>34</sup>

La Cour suprême, dans l'arrêt *Smith c. Jones*, a elle-même précisé que cette décision ne pouvait s'appliquer au contexte d'une relation médecin-patient :

Le juge Cory invoque des décisions américaines portant sur l'obligation de droit privé qu'ont les médecins de prévenir les victimes potentielles de leurs patients dangereux. L'utilité de ces décisions me paraît limitée parce qu'elles ne font intervenir aucun des principes juridiques et constitutionnels qui sous-tendent le privilège du secret professionnel de l'avocat. Cette question n'étant pas soulevée en l'espèce, je ne ferai aucun commentaire sur l'existence ni la portée de l'obligation de mise en garde dans le contexte d'une relation privée entre le médecin et son patient.<sup>35</sup>

[...] ces affaires ne sont pas analysées en vue d'établir l'existence d'une obligation de divulgation de renseignements confidentiels à laquelle seraient tenus les médecins en responsabilité délictuelle lorsque la sécurité publique est en jeu. Cette question n'a pas été soumise à notre Cour et elle ne doit pas être tranchée sans cadre factuel ni plaidoirie à ce sujet.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 77.

<sup>33</sup> E. LÉVESQUE, B. M. KNOPPERS et D. AVARD, préc., note 31, 118.

<sup>34</sup> Indragandhi BALASSOUPRAMANIANE, « La législation française est plus protectrice des droits des individus. Le secret professionnel », (2000) 32(3) *Journal du Barreau*, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol32/no3/vieprivee.html>> (consulté le 20 novembre 2019).

<sup>35</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 32.

<sup>36</sup> *Id.*

L'article 21 du *Code de déontologie des médecins* semble également donner des indications concernant l'interprétation de l'article 20(5). Il énonce en effet les éléments qu'un médecin doit indiquer au dossier de son patient lorsqu'il décide d'appliquer l'article 20(5) et de dénoncer l'état de santé de son patient en vue de prévenir un acte de violence :

- la date et l'heure de la communication ;
- l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger ;
- l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours ;
- l'acte de violence qu'il visait à prévenir ;
- le danger qu'il avait identifié ;
- l'imminence du danger qu'il avait identifié ;
- les renseignements communiqués.<sup>37</sup>

En effet, l'obligation de noter « l'acte de violence » que le médecin visait à prévenir laisse à penser qu'il est absolument nécessaire qu'il existe un danger d'un tel acte de violence pour procéder à la dénonciation, excluant de ce fait la dénonciation dans le cadre du VIH ou des maladies génétiques par exemple<sup>38</sup>. Cependant, il semble que cet article ne doit pas s'interpréter comme imposant l'existence d'un risque d'acte de violence pour que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* s'applique, mais que cet article prévoit plutôt que lorsqu'un tel risque existe effectivement, celui-ci devra être noté au dossier du patient<sup>39</sup>.

Ce sont donc les professionnels de la santé qui auront la responsabilité d'évaluer, pour chaque patient, s'il existe une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage qui justifierait une dénonciation, en appliquant leur devoir général de prudence et de diligence<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 21.

<sup>38</sup> E. LÉVESQUE, B. M. KNOPPERS et D. AVARD, préc., note 31, 118-119.

<sup>39</sup> *Id.*, 119.

<sup>40</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 46.

Dans une affaire de 2012, la Cour du Québec n'avait ainsi pas retenu la responsabilité du médecin qui avait dénoncé aux autorités policières les menaces de mort que l'un de ses patients aurait proférées à l'égard de son voisin lors d'une consultation médicale car elle avait considéré que « [l]a défenderesse s'est comportée en tout temps comme un médecin de famille prudent et diligent et le Tribunal ne relève aucune faute dans sa conduite »<sup>41</sup>.

Toutefois, le manque d'indications au niveau législatif et jurisprudentiel explique pourquoi plusieurs auteurs et institutions se sont employés à dégager des conditions strictes dans lesquelles la divulgation par le médecin pourrait être autorisée.

Par exemple, le *Code d'éthique et de professionnalisme* de l'Association médicale canadienne indique que les professionnels de la santé doivent « assurer la confidentialité des patients en ne divulguant pas de renseignements qui permettent de les identifier, en recueillant, en utilisant et en divulguant uniquement les renseignements de santé essentiels pour assurer leur bien »<sup>42</sup>.

L'Association Médicale Mondiale considère également qu'il est possible pour un médecin de dévoiler l'état de santé de son patient lorsqu'il existe un danger grave et que ce danger peut être évité par la divulgation, en dernier recours et lorsque tous les efforts pour convaincre le patient de révéler lui-même l'information ont été épuisés<sup>43</sup>.

Les auteurs Suzanne Nootens, Robert P. Kouri et Pauline Lesage-Jarjoura proposaient également que la divulgation puisse être autorisée lorsque les critères suivants sont réunis :

- l'existence d'une menace réelle pour les proches, et non une simple possibilité (soit une séropositivité dûment établie, et non le seul fait d'être une personne à risque) ;
- le comportement du patient, qui ne permet pas de remédier à la situation (persistance des habitudes, refus d'aviser...) ;

---

<sup>41</sup> D. B. c. Pinard, 2012 QCCQ 5954, par. 25.

<sup>42</sup> ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Code d'éthique et de professionnalisme*, Ottawa, 2018, art. 18.

<sup>43</sup> ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *Déclaration de l'Association Médicale Mondiale sur le projet du génome humain*, Marbella, 1992.

- l'existence de mesures de prévention ou de traitement efficaces (car dans le cas contraire, la révélation n'aboutit à rien) ;
- l'absence d'autre moyen d'éviter le dommage (la révélation doit s'imposer comme une nécessité aux yeux du médecin) ;
- la limitation de la révélation à la personne ou aux personnes directement menacées (le conjoint ou personne partageant la vie du patient, si elle est facilement identifiable par le médecin : il n'a pas à mener d'enquête policière).<sup>44</sup>

Enfin, dans le cas du VIH, la professeure Nootens énonçait également une liste de conditions autorisant la divulgation, soit :

- l'existence d'une menace réelle ;
- la signification ou la manifestation par le patient de son intention de continuer à avoir des relations sexuelles non protégées avec la personne menacée ;
- le refus du patient d'informer son partenaire de son état de santé ;
- l'information du patient que son état de santé va être révélé ;
- la révélation est justifiée seulement si elle est susceptible d'amener des mesures de prévention que l'on ne prendrait pas autrement ;
- le jugement du patient n'est pas perturbé parce qu'il ressent déjà les effets neurologiques de la maladie ;
- il n'existe pas d'autre moyen de prévenir le dommage et la révélation s'impose aux yeux du médecin comme une nécessité dans les circonstances ;
- la personne menacée directement doit être identifiée ou facilement identifiable ;
- la personne menacée doit ignorer la menace qui pèse sur elle ;
- seule la personne directement menacée doit être informée.<sup>45</sup>

Il ressort de tous ces différents critères que la raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage n'a pas nécessairement besoin d'être le

---

<sup>44</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 412.

<sup>45</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 541-543.

risque d'un acte de violence<sup>46</sup>. Il semblerait donc qu'en matière médicale, ce danger que l'on cherche à éviter par l'entremise de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* doit être entendu de façon assez large afin « d'adapter la portée du secret professionnel à la réalité des médecins et aux types de danger qu'ils peuvent prévenir, c'est-à-dire la violence, mais aussi la maladie (ou la mort) »<sup>47</sup>. Il apparaît également que le risque visé n'a pas besoin d'être imminent ou urgent pour pouvoir être dénoncé.

Tel qu'il est rédigé aujourd'hui, l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* permet certes aux médecins de dénoncer un patient lorsqu'ils justifient d'une raison ayant trait à sa santé, sa sécurité ou celle de son entourage, mais ce pouvoir n'est ni discrétionnaire ni absolu. En effet, comme le souligne l'auteur Yves D. Dussault :

Il convient d'avoir à l'esprit qu'une discrétion ne saurait être exercée de mauvaise foi, de manière arbitraire ou en fonction de considérations non pertinentes. Celui qui dispose d'une telle discrétion ne peut non plus refuser de prendre une décision ou laisser à une autorité incompétente le soin de la prendre à sa place. Enfin, il ne peut exercer sa discrétion de façon discriminatoire ou autrement déraisonnable. Donc l'utilisation du mot « peut » n'exclut pas la responsabilité de toute personne de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.<sup>48</sup>

Par ailleurs, le législateur québécois, subséquent à l'arrêt *Smith c. Jones* ainsi qu'à une politique d'intervention en matière de violence conjugale et familiale<sup>49</sup>, ajoutait une nouvelle disposition au *Code des professions* qui prévoit une exception au secret professionnel et qui ressemble fortement à première vue à celle de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* :

---

<sup>46</sup> E. LÉVESQUE, B. M. KNOPPERS et D. AVARD, préc., note 31, 120.

<sup>47</sup> *Id.*

<sup>48</sup> Yves D. DUSSAULT, « Divulguer des renseignements confidentiels en vue de protéger des personnes », dans Conférence des juristes de l'État, *Actes de la XVIe Conférence des juristes de l'État*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2004, p. 160.

<sup>49</sup> COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DE COORDINATION EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Gouvernement du Québec, Québec, 1995, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-842.pdf>> (consulté le 29 novembre 2019).



Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.<sup>50</sup>

Cependant, il apparaît que la portée de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* est plus large que celle de l'article 60.4 al. 3 du *Code des professions* :

Alors que le champ d'application limite de l'autorisation contenue au *Code des professions* ne permet de déroger au secret professionnel qu'en « vue de prévenir un acte de violence au sens le plus grave du terme », la disposition du *Code de déontologie des médecins* a une portée plus étendue et semble pouvoir trouver application dès lors que la santé ou la sécurité d'une personne est compromise, sans exiger que sa vie ou son intégrité physique soit sérieusement menacée.<sup>51</sup>

### C. Exclusions

L'objet de ce travail consiste à se demander si, lorsque la loi donne aux médecins la possibilité de dénoncer ou non l'état de santé de leur patient pour une raison impérative et juste ayant trait à sa santé ou sa sécurité ou à celle de son entourage, elle ne devrait pas au contraire imposer une véritable obligation de le faire. Il s'agit donc de n'étudier que le cas de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*. Sont ainsi exclues de cette analyse les autres dispositions légales qui, contrairement à l'article 20(5), imposent une obligation de dénoncer aux professionnels de la santé.

Il en est ainsi, en matière de protection de la jeunesse, de l'article 39 de *Loi sur la protection de la jeunesse*<sup>52</sup> et de l'article 39 du *Code de déontologie des médecins*<sup>53</sup> qui prévoient que les professionnels de la santé doivent divulguer au Directeur de la protection

---

<sup>50</sup> *Code des professions*, préc., note 13, art. 60.4 al. 3.

<sup>51</sup> Raymonde CRETE et Marie-Hélène DUFOUR, « L'exploitation des personnes âgées : pour un élargissement des dérogations au secret professionnel », (2016) 46 *Revue générale de droit* 397, 425.

<sup>52</sup> *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1, art. 39.

<sup>53</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 39.

de la jeunesse tout renseignement qu'ils jugent pertinent lorsqu'ils ont « un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis ».

La *Loi sur la santé publique* prévoit également une liste de maladies qui, si un patient en est affecté, ne laisseront pas d'autre choix à son médecin que de les déclarer, voire même parfois de les traiter, et ce même en cas de refus du patient<sup>54</sup>.

Il est de ainsi également de l'article 6.5 de la *Loi sur l'aéronautique* qui prévoit qu'un médecin doit dénoncer un patient pilote s'il estime que son état de santé peut constituer un risque pour la sécurité aérienne<sup>55</sup> ; ainsi que de l'article 35(2) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* qui prévoit la même règle pour le milieu ferroviaire<sup>56</sup>.

Enfin, l'article 21 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* impose à « tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions »<sup>57</sup> de signaler une personne lorsqu'il a un motif raisonnable de croire que celle-ci est « victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique »<sup>58</sup> et ce, même s'il est soumis au secret professionnel<sup>59</sup>.

D'autres articles prévoient, à l'instar de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, une simple possibilité de dévoiler des renseignements confidentiels. Il s'agit de l'article 603 du *Code de la sécurité routière*, qui énonce que les professionnels de la santé peuvent dénoncer à la Société de l'assurance automobile du Québec l'état de santé d'un

---

<sup>54</sup> *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2, art. 79-88 ; *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2, r. 2, art. 1-9.

<sup>55</sup> *Loi sur l'aéronautique*, L.R.C. (1985), ch. A-2, art. 6.5.

<sup>56</sup> *Loi sur la sécurité ferroviaire*, L.R.C. (1985), ch. 32 (4<sup>e</sup> suppl.), art. 35(2).

<sup>57</sup> *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3, art. 21.

<sup>58</sup> *Id.*

<sup>59</sup> *Id.*, art. 21 al. 5.

patient qu'ils jugent inapte à conduire<sup>60</sup> ; et de l'article 8 de la *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu* qui prévoit que les médecins peuvent communiquer des renseignements protégés par le secret professionnel lorsqu'ils ont un motif raisonnable de croire qu'une personne a un comportement susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu<sup>61</sup>.

Ces articles sont exclus de cette étude car ils visent des cas bien particuliers ayant trait à la sécurité publique, tandis que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* a une portée plus large et est susceptible de s'appliquer dans davantage de situations. La question de savoir s'il devrait imposer une possibilité ou une obligation de dénoncer est donc plus pertinente et intéressante car elle couvre des situations variées et pour lesquelles la réponse pourra parfois être différente.

Enfin, il ne sera pas non plus traité dans cette étude des situations où les professionnels de la santé sont autorisés à briser le secret professionnel parce que le patient y a consenti de façon expresse ou implicite<sup>62</sup>, ou encore les situations où les professionnels de la santé sont autorisés à briser le secret professionnel dans le cadre de recours judiciaires<sup>63</sup>.

#### **D. Problématique**

Les professionnels de la santé n'ont ainsi pas, à ce jour, l'obligation de dénoncer un patient lorsqu'il existe une raison impérative et juste ayant trait à sa santé ou à sa sécurité ou à celle de son entourage.

Cependant, il n'existe pas non plus de disposition prévoyant une exonération de responsabilité pour les médecins qui décideraient de procéder à une telle dénonciation, et « on ne peut donc dire que la société a pris position sur cette question controversée »<sup>64</sup>.

---

<sup>60</sup> *Code de la sécurité routière*, RLRQ, c. C-24.2, art. 603.

<sup>61</sup> *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*, RLRQ, c. P-38.0001, art. 8.

<sup>62</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 392 à 399.

<sup>63</sup> *Id.*, p. 402 à 408.

<sup>64</sup> *Id.*, p. 409 à 410.

La question de savoir si l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* devrait imposer une possibilité ou une obligation de dénoncer est une question particulièrement complexe car elle demande de mettre en balance plusieurs intérêts tout aussi importants les uns que les autres.

Elle met d'abord en balance les droits de chacun au secret professionnel, à la vie privée et à la confidentialité qui bénéficient d'une meilleure protection lorsque la dénonciation n'est qu'optionnelle, car alors certains médecins préféreront ne pas dénoncer le patient et garder le secret.

Elle met également en balance les droits des patients à la vie, à la sûreté, à la santé et à l'intégrité de leur personne. Ces droits sont plus efficacement protégés lorsque la loi impose une obligation de dénoncer, car dans toutes les situations où les médecins craindront qu'une atteinte puisse être portée à un patient ou à son entourage, ils devront la signaler, ce qui permettra souvent d'éviter que ce risque survienne.

L'obligation de porter secours, protégée par la *Charte des droits et libertés de la personne*, ajoute également à la complexité de la question. Impose-t-elle aux professionnels de la santé de dénoncer l'état de santé de leurs patients lorsqu'ils craignent pour eux ou pour leur entourage ?

Enfin, de nombreuses considérations éthiques s'ajoutent au débat concernant les règles législatives et complexifient encore la question puisqu'elles appuient tantôt les arguments en faveur de l'imposition d'une simple possibilité de dénonciation, tantôt les arguments en faveur de l'imposition d'une véritable obligation.

Toute la difficulté réside donc dans l'étendue et les limites qui devraient être attribuées à ces différents intérêts concurrents, et dans la recherche de l'équilibre le plus juste et le plus satisfaisant possible au regard de la société actuelle. Comme le disait si bien Suzanne Nootens :

[...] le conflit n'est pas nouveau entre l'indispensable confidentialité et la nécessité de protéger des tiers menacés par le comportement irresponsable du patient. Cependant, le contexte social et juridique, lui, a notablement évolué, avec les interventions de plus en plus marquées en matière de santé publique et la consécration des droits de la personne.<sup>65</sup>

L'objet de cette étude sera donc d'examiner successivement les différents arguments en faveur soit de l'imposition d'une possibilité (I) soit de l'imposition d'une obligation (II) de dénoncer lorsqu'il existe une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou à la sécurité d'un patient ou de son entourage qui justifierait de briser le secret professionnel des médecins.

---

<sup>65</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 518.

## **I. LA DENONCIATION, UNE SIMPLE POSSIBILITE DEVANT ETRE LAISSEE A LA DISCRETION DU PROFESSIONNEL DE SANTE**

Nombreux sont les arguments qui militent en faveur du maintien du *statu quo* et contre l'imposition d'une obligation de dénoncer. Ils tiennent en premier lieu à l'absence d'obligation dans le droit québécois actuel de disposition ou de décision jurisprudentielle dégageant une telle obligation (A), et à la nécessité de maintenir une protection effective du secret professionnel et de la vie privée des patients (B).

### **A. L'absence d'obligation de dénoncer dans le droit positif**

Jamais le législateur ou les tribunaux québécois n'ont exprimé l'intention de faire de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* une obligation (1). En outre, des incertitudes persistent autour de cas particulièrement complexes quant à la question même de savoir si les professionnels de la santé devraient avoir une possibilité de dénonciation. La question de l'imposition d'une obligation de dénonciation ne se pose donc pas encore (2).

#### *1. L'intention du législateur et de la jurisprudence*

Si la question se pose au sein de la doctrine de savoir si la dénonciation dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* devrait être obligatoire ou facultative, il n'en est rien du législateur et de la jurisprudence dont l'interprétation actuelle révèle une volonté de n'établir qu'une simple possibilité de le faire.

Tout d'abord, et il paraît nécessaire de le rappeler, l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* emploie le mot « peut », ce qui laisse peu de place à l'interprétation sur l'imposition d'une possibilité ou d'une obligation de dénoncer. En outre, cet article constitue une exception à l'obligation générale des médecins au secret professionnel. Or, les exceptions doivent normalement être interprétées de façon restrictive<sup>66</sup>. Il en résulte que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* ne peut être interprété d'une telle manière que sa portée dépasserait sa lettre même.

---

<sup>66</sup> Charlotte LEMIEUX, « Éléments d'interprétation en droit civil », (1994) 24 *R.D.U.S.* 221, 237.

En outre, l'imposition d'une obligation de dénoncer pourrait se confronter, dans certaines situations, à l'article 20(6) du *Code de déontologie des médecins* selon lequel « le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel [...] 6° ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit »<sup>67</sup>. Comment faire, par exemple, lorsque le patient est atteint d'une maladie génétique mortelle et interdit au médecin de le communiquer à sa famille, alors qu'elle est potentiellement atteinte de la même affection ?

L'article 20(7) du *Code de déontologie des médecins* prévoit également que « le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel: [...] 7° doit, lorsqu'il exerce auprès d'un couple ou d'une famille, sauvegarder le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille [...] »<sup>68</sup>. Cette disposition pourrait également entrer en conflit avec l'article 20(5) dans le cas du VIH ou des maladies génétiques.

Bien que les articles 20(5) du *Code de déontologie des médecins* et 60.4 al. 3 du *Code des professions* ne soient pas tout à fait similaires<sup>69</sup>, il est intéressant de souligner que, lors des travaux parlementaires autour de ce second article, il a été demandé au ministre chargé de la réforme pourquoi le choix s'était porté vers une possibilité de dénonciation plutôt que vers une obligation<sup>70</sup>. Celui-ci avait répondu que les discussions à ce sujet avaient été longues et fastidieuses et notamment que le Barreau du Québec s'était opposé à l'imposition d'une obligation de dénoncer. La simple possibilité de dénonciation avait donc été retenue<sup>71</sup>. Le ministre lui-même n'avait pourtant pas marqué d'opposition à l'imposition d'une obligation de dénoncer, allant même jusqu'à dire la chose suivante : « je crois que le mot « peut », dans certaines circonstances, veut dire le mot « doit » [...] parce que la pression morale est tellement forte »<sup>72</sup>.

---

<sup>67</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 20(6).

<sup>68</sup> *Id.*, art. 20(7).

<sup>69</sup> *Supra*, note 51.

<sup>70</sup> Y. D. DUSSAULT, préc., note 48, p. 159.

<sup>71</sup> *Id.*

<sup>72</sup> QUEBEC, ASSEMBLEE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission des institutions*, 2<sup>e</sup> sess., 36<sup>e</sup> légis., 4 octobre 2001, « Étude détaillée du projet de loi n° 180 - Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes » (M. Bégin).

Malgré cela, la simple possibilité de dénonciation reste actuellement la norme au Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes. En Alberta par exemple, le *Code of Conduct* de la Law Society of Alberta prévoit que :

A lawyer may disclose confidential information, but must not disclose more information than is required, when the lawyer believes on reasonable grounds that an identifiable person or group is in imminent danger of death or serious bodily harm, and disclosure is necessary to prevent the death or harm.<sup>73</sup>

Certaines législations sont même allées jusqu'à interdire complètement la dénonciation dans le cadre d'une situation similaire à celle de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*. C'est le cas de la Belgique qui impose une obligation générale de non divulgation, sauf lorsque le médecin est appelé à témoigner en justice<sup>74</sup>. C'est le cas également du Cameroun et du Sénégal qui n'acceptent que peu d'exceptions au secret professionnel et dont la divulgation pour motif de santé ou de sécurité ne fait pas partie<sup>75</sup>.

La jurisprudence non plus n'apparaît pas favorable à la consécration d'une obligation de dénoncer lorsqu'un professionnel de la santé craint pour la santé ou la sécurité d'un patient ou de son entourage. Lors de l'affaire *Smith c. Jones*, et bien que celle-ci ne puisse directement s'appliquer à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, la Cour suprême avait déclaré que « la divulgation des communications protégées par le privilège doit en général être aussi limitée que possible »<sup>76</sup>. Elle confirma ensuite le jugement de la Cour d'appel alors que celui-ci mentionnait que la dénonciation devait être laissée à la discrétion des médecins. Il n'apparaît donc pas qu'elle n'ait à aucun moment souhaité imposer une obligation de dénoncer aux médecins.

Par ailleurs, il n'existe à notre connaissance aucune décision condamnant un professionnel de la santé pour ne pas avoir appliqué l'article 20(5) du *Code de déontologie*

---

<sup>73</sup> LAW SOCIETY OF ALBERTA, *Code of Conduct*, 2018, art. 3.3-3, en ligne : <<https://www.lawsociety.ab.ca/lawyers-and-students/practice-advisors/code/>> (consulté le 29 novembre 2019).

<sup>74</sup> Rosane MAUMAHA NOUNE et Joël MONZEE, « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », (2009) 11(2) *Éthique publique* 147, 157.

<sup>75</sup> *Id.*

<sup>76</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 86.



*des médecins* alors que celui-ci en aurait eu la possibilité car les conditions à cet article étaient remplies. Autrement dit, aucun tribunal n'a jamais sanctionné un médecin pour ne pas avoir dénoncé son patient. Il n'apparaît donc pas que les tribunaux du Québec soient favorables à l'imposition d'une obligation de dénoncer.

Dans le contexte plus particulier du VIH, le Réseau juridique canadien VIH/sida écrivait :

Nous n'avons recensé aucune action en responsabilité contre un organisme de lutte contre le sida ou un autre fournisseur de services communautaires qui aurait omis de mettre en garde un partenaire contre un risque d'infection au VIH. Toutefois, nous savons que quelques actions en responsabilité civile ont été intentées contre des unités de santé publique et des services de police, au motif qu'ils auraient fait preuve de négligence en n'avertissant pas des individus exposés à un risque d'infection par le VIH. Mais le fait qu'une action ait été intentée ne signifie pas qu'un juge reconnaitra qu'il y a bien un « devoir de mise en garde » dans le contexte d'un risque d'infection par le VIH.<sup>77</sup>

En outre, il faut ajouter que les enseignements de l'arrêt *Tarasoff* ne s'appliquent pas en droit québécois en raison de la dissemblance entre le système juridique québécois, de droit civil, et le système juridique américain, de *common law*. Cette décision ne peut donc être utilisée pour conclure qu'il existe en droit québécois une obligation de dénoncer dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*.

## 2. Les cas particuliers : le VIH et les maladies génétiques

Alors que se pose aujourd'hui la question de savoir si l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* devrait imposer une possibilité ou une obligation de dénoncer, dans certaines situations, il n'est même pas encore certain que la dénonciation, même si elle n'est qu'optionnelle, devrait être autorisée. Il s'agit principalement du cas du VIH et des maladies génétiques qui posent problème vis-à-vis de la légitimité de leur divulgation.

---

<sup>77</sup> RESEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, « La confidentialité des clients et la tenue de dossiers. Protéger un tiers contre un préjudice », Toronto, 2012, en ligne : <<http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2014/02/Chapter5.3-FRA.pdf>> (consulté le 2 décembre 2019), p. 8.

Tout d'abord, concernant le VIH, il n'existe pas à ce jour de traitement permettant de guérir complètement une personne du virus. Il est possible d'endormir le virus, mais pas de l'éliminer complètement. En outre, même si le risque de transmission est faible, la contamination, lorsqu'elle survient, peut avoir de graves conséquences car la personne pourra développer rapidement le virus ou encore le porter pendant longtemps avant que les premiers symptômes n'apparaissent.

La Cour suprême du Canada avait jugé dans l'affaire *R. c. Cuerrier*<sup>78</sup>, puis dans *R. c. Mabior*<sup>79</sup>, que le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées en se sachant séropositif constituait une fraude viciant le consentement aux relations sexuelles et constitutive d'une agression sexuelle grave.

Se pose alors la question de savoir s'il est possible pour un professionnel de la santé de dénoncer un patient qui, alors qu'il est conscient qu'il est séropositif, continue néanmoins à avoir des relations sexuelles non protégées. Dans ce cas, l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* pourrait-il permettre à son médecin d'avertir les personnes potentiellement menacées (par exemple, le ou la partenaire du patient) de l'état de santé de son patient ?

Certains auteurs estiment que la réponse doit être positive<sup>80</sup>. Cependant, la majorité de la doctrine semble hésiter à déclarer que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* peut s'appliquer dans le cas du VIH, le manque de position claire du législateur et de la jurisprudence contribuant à cette incertitude<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371.

<sup>79</sup> *R. c. Mabior*, [2012] 2 R.C.S. 584.

<sup>80</sup> Bernard M. DICKENS, « Legal Rights and Duties in the AIDS Epidemic », (1988) 239 *Science* 580, 581 ; Norbert GILMORE et Margaret A. SOMERVILLE, *Physicians, Ethics and AIDS*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1989, p. 21.

<sup>81</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 411.

Face aux arguments selon lesquels la protection des personnes devrait primer sur le droit de chacun au secret professionnel, un auteur répond que depuis toujours les médecins mettent en danger leur propre santé afin de soigner leurs patients<sup>82</sup>. Il s'interroge alors :

Ces professionnels n'ont pas pour autant manqué aux principes qui fondaient leur engagement, comme le devoir de service. Pourquoi, aujourd'hui, faudrait-il agir autrement et mettre de côté cette valeur fondamentale qu'est la confidentialité ? En ouvrant une brèche, il y a risque que s'effondre tout l'édifice de la confidentialité qui s'est péniblement construit pour protéger les porteurs du virus VIH contre des mouvements de société qui favorisaient la discrimination.<sup>83</sup>

Suzanne Nootens ajoute que la durée de la période d'incubation du virus, qui est relativement longue, rend illusoire l'efficacité de la divulgation parce que la plupart du temps, la personne que l'on cherche à prévenir sera déjà contaminée<sup>84</sup> et que « les bénéfices pour la santé publique sont ainsi marginaux et ne valent pas les atteintes aux droits d'individus particulièrement vulnérables »<sup>85</sup>. Elle conclut que « le maintien absolu de la confidentialité, assortie toutefois d'efforts soutenus pour convaincre le réfractaire, doit donc, sauf circonstances exceptionnelles, avoir préséance: la sauvegarde d'une personne particulière ne vaut pas le tort social et les répercussions sur la lutte contre la maladie qu'aurait la perte de confiance dans le secret médical »<sup>86</sup>.

Il semble donc qu'alors même que l'opportunité d'une dénonciation est questionnable, celle de l'imposition d'une obligation de dénoncer l'est encore plus, et que dans le cas du VIH, la solution la plus prudente serait de laisser aux médecins la discrétion de dénoncer ou non<sup>87</sup>.

---

<sup>82</sup> COMITE DE BIOETHIQUE DU CHU SAINTE-JUSTINE, « Transmission d'information au médecin du service de santé de l'Hôpital dans un cas d'hépatite ou de Sida », 1991, en ligne : <<https://www.chusj.org/CORPO/files/bd/bdc199ed-6119-449f-ae82-537743d7cb55.pdf>> (consulté le 29 novembre 2019), p. 6.

<sup>83</sup> *Id.*

<sup>84</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 527.

<sup>85</sup> *Id.*

<sup>86</sup> *Id.*, 538.

<sup>87</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 411.

Il s'est également posé la question de savoir si l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* pouvait s'appliquer dans le cas de maladies génétiques. Ces maladies affectant les gènes des individus, il est possible que d'autres membres de la famille du patient qui fait l'objet d'un tel diagnostic en soient également atteints. Or, certains patients pourraient refuser que leur état de santé soit révélé aux membres de leur famille. Dans ce cas, le médecin pourrait-il dévoiler l'état de santé de son patient à ses proches ? Autrement dit, est-ce que le risque génétique peut être qualifié de « raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage » ?

La question se pose notamment au regard du critère de l'imminence du danger. Dans les affaires *Tarasoff* et *Smith c. Jones*, le danger pour les individus menacés était particulièrement imminent puisque les deux patients avaient fait part de leur intention de les tuer prochainement. Cependant, les maladies génétiques ne présentent pas le même caractère d'urgence puisqu'elles touchent les individus dès leur naissance et ne sont pas transmissibles par la suite autrement que par procréation. En outre, la survenance du danger est beaucoup moins certaine, puisque les maladies génétiques touchent de façon aléatoire les membres d'une même famille.

Les différents avis sur la question sont mitigés. Certains considèrent le risque génétique comme suffisamment important et imminent pour permettre une divulgation et le bris du secret professionnel. C'est le cas de l'American Society of Human Genetics<sup>88</sup>, du Réseau de médecine génétique appliquée du Québec<sup>89</sup> ou encore de la *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines* qui prévoit qu'il est possible de révéler de l'information génétique sur un patient lorsqu'il existe « un motif d'intérêt public important »<sup>90</sup> et « dans

---

<sup>88</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, ASHG Statement, « Professional Disclosure of Familial Genetic Information », (1998) 62 *Am. J. Hum. Genet.* 474.

<sup>89</sup> RÉSEAU DE MÉDECINE GÉNÉTIQUE APPLIQUÉE, *Énoncé de principes : Recherche en génomique humaine*, Montréal, 2000, p. 10.

<sup>90</sup> COMITE INTERNATIONAL DE BIOETHIQUE DE L'UNESCO, *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines*, Paris, 2003, art. 14(b).

des cas restrictivement prévus par le droit interne en conformité avec le droit international des droits de l'homme »<sup>91</sup>.

Les auteurs Emmanuelle Lévesque, Bartha M. Knoppers et Denise Avard estiment par ailleurs qu'un professionnel de la santé pourrait procéder à la divulgation en matière de maladies génétiques lorsque « 1<sup>o</sup> le patient refuse d'aviser lui-même ses proches, 2<sup>o</sup> la probabilité de développer la maladie est importante et imminente, 3<sup>o</sup> cette maladie est sérieuse et 4<sup>o</sup> elle peut bénéficier de soins préventifs ou curatifs éprouvés »<sup>92</sup>.

Un autre auteur considère que le risque génétique devrait pouvoir être dénoncé, conformément aux décisions américaines en la matière :

Selon nous, les tribunaux canadiens pourraient fort bien suivre la logique américaine dans *Pate* et *Safer*. En effet, puisque ces décisions appliquaient les préceptes formulés dans *Tarasoff*, maintenant acceptés au Canada, nous ne voyons pas ce qui empêcherait nos tribunaux d'adopter une interprétation similaire, bien que ces décisions soient marginales aux États-Unis.

Enfin, les auteures Hélène Guay et Bartha M. Knoppers proposent que la divulgation puisse être autorisée à l'égard des maladies génétiques lorsque les critères suivants sont réunis : la gravité de la maladie, l'imminence du danger, l'urgence de la situation et la dangerosité pour des tiers identifiés ou identifiables<sup>93</sup>.

Conformément à ce point de vue, il est ainsi possible de considérer que l'information génétique n'est pas une information qui est réservée au patient et qui peut être maintenue confidentielle au même titre que les autres informations de santé, mais que les données génétiques appartiennent à l'ensemble du cercle familial du patient et qu'il n'existe pas de devoir de confidentialité entre ces personnes.

---

<sup>91</sup> *Id.*

<sup>92</sup> E. LÉVESQUE, B. M. KNOPPERS et D. AVARD, préc., note 31, 120.

<sup>93</sup> Hane GUAY et Bartha M. KNOPPERS, « Information génétique : qualification et communication en droit québécois », (1990) 21 *R.G.D.* 545, 599.

Dans cette perspective, « aucun individu ne posséderait le contrôle absolu de son information génétique au détriment de sa famille. La famille n'est pas perçue comme un tiers mais plutôt comme une communauté de partage des biens qui forment le patrimoine génétique ». C'est l'avis qui est partagé par l'American Society of Human Genetics : « it is “vital to recognize that hereditary information is a family possession rather than simply a personal one” »<sup>94</sup>.

La Cour d'appel du Québec, infirmant le jugement de première instance dans la décision *Watters c. White*, venait ainsi à la conclusion que lorsqu'un patient atteint d'une maladie génétique s'opposait à la divulgation de son état de santé, son médecin pourrait alors briser le secret professionnel pour avertir sa famille<sup>95</sup>. En l'espèce toutefois, les médecins n'ayant pas tenté, au préalable, d'obtenir le consentement du patient à la révélation, leur responsabilité avait été retenue<sup>96</sup>.

Dans une décision américaine, une jeune fille atteinte du cancer du côlon et de polypose adénomateuse familiale avait poursuivi le médecin de son père 26 ans après la mort de celui-ci car elle estimait que ce médecin aurait dû la prévenir étant donné que ces maladies sont héréditaires et qu'il l'avait de ce fait privée de la possibilité de se faire diagnostiquer et traiter assez tôt<sup>97</sup>. La Cour avait considéré qu'il existait dans ce cas une obligation pour le médecin de la prévenir car la personne menacée était clairement identifiée et qu'une divulgation anticipée aurait permis d'éviter un préjudice important<sup>98</sup>.

Les juges de la Cour Suprême du New Jersey ont notamment estimé que les critères de l'arrêt *Tarasoff* pouvaient s'appliquer dans le cas des maladies génétiques car ils ne constataient pas de différences entre la prévisibilité de telles maladies et celle d'autres dangers potentiellement dénonçables tels qu'une agression physique<sup>99</sup>. Ils ajoutent que :

---

<sup>94</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 476.

<sup>95</sup> *Watters c. White*, 2012 QCCA 257.

<sup>96</sup> *Id.*

<sup>97</sup> *Safer v. Estate of Pack*, 677 A. 2d 1188 (N.J. Sup. 1996).

<sup>98</sup> *Id.*, p. 1192.

<sup>99</sup> *Id.*

[a]lthough an overly broad and general application of the physician's duty to warn might lead to confusion, conflict or unfairness in many types of circumstances, we are confident that the duty to warn of avertable risk from genetic causes, by definition a matter of familial concern, is sufficiently narrow to serve the interests of justice.<sup>100</sup>

Toutefois, d'autres auteurs estiment que le risque génétique ne peut donner ouverture à la divulgation de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* car ce risque ne satisferait pas au critère de l'imminence du danger, les maladies génétiques étant acquises dès la naissance et n'étant pas transmissibles par la suite<sup>101</sup>.

C'est également ce qu'affirmait la Cour d'appel du Québec dans *Watters c. White* : « [...] scholars have observed that the imminence of danger criterion is not easily transposable to the genetic risk circumstance where, temporally, the threat faced is generally not one of the moment »<sup>102</sup>.

De même, il ne serait pas possible, face à un risque génétique, d'identifier avec suffisamment de précision les personnes qui sont menacées et à qui l'information doit être divulguée comme c'était le cas dans l'affaire *Tarasoff* ou *Smith c. Jones*. Comme l'indique la professeure Nootens, « dans notre contexte, « la » personne possiblement menacée serait tous les membres de la famille, incluant oncles et tantes, cousins, cousines, bref, beaucoup de monde... »<sup>103</sup>.

C'est également ce que concluait la Cour suprême de Floride dans l'affaire *Pate v. Threkel* : « [t]o require the physician to seek out and warn various members of the patient's

---

<sup>100</sup> *Id.*

<sup>101</sup> Jennifer L. GOLD, « To Warn or Not to Warn? Genetic Information, Families, and Physician Liability » (2004) 8 *McGill Journal of Medicine* 72 ; H. GUAY et B. M. KNOPPERS, préc., note 93, 599 ; Martin LETENDRE, « Le devoir du médecin de prévenir les membres de la famille d'un patient atteint d'une maladie génétique », (2004) 49 *R.D. McGill* 555, 566-567 ; Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Le dépistage des porteurs hétérozygotes. À la recherche de critères de légitimité : du discours éthique à la pratique », dans Marcel J. MÉLANÇON et Richard GAGNÉ (dir.), *Dépistage et diagnostic génétique, aspects cliniques, juridiques, éthiques et sociaux*, Québec, P.U.L., 1999, p. 208 ; S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 413 ; THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 479-480.

<sup>102</sup> *Watters c. White*, préc., note 95, par. 111.

<sup>103</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, dans M. J. MÉLANÇON et R. GAGNÉ (dir.), préc., note 101, p. 208.

family would often be difficult or impractical and would place too heavy a burden upon the physician »<sup>104</sup>. Ainsi, conclut un auteur, « le sens du mot [entourage] devrait inclure la totalité des individus possédant un lien de sang avec le patient »<sup>105</sup>.

Il apparaît cependant que la réponse doit être plus nuancée. S'il est vrai que la maladie génétique affecte un individu dès sa naissance, celui-ci peut ne pas en avoir connaissance pendant longtemps, car certains effets ne se déclarent qu'après une longue période de temps. Le patient qui ignore sa condition ne pourra donc prendre les mesures nécessaires afin de prévenir la maladie ou de la traiter à temps. Dans ce cas, la divulgation de la maladie génétique d'un patient aux membres de sa famille leur permettrait de prendre les précautions requises et de traiter cette condition qui, si elle n'avait pas été divulguée, serait devenue tôt ou tard grave et imminente.

Il semble également qu'il devrait en être de même lorsque l'un des membres de la famille du patient souhaite procréer puisque, dans ce cas également, le risque de transmission de la maladie génétique devient grave et imminent<sup>106</sup>.

Toutefois, si l'on considère que les professionnels de la santé peuvent dénoncer l'état de santé de leur patient à son entourage, il faut cependant qu'il existe des mesures préventives ou un traitement efficaces à la maladie génétique en question, autrement la divulgation perdrait tout son intérêt, et le respect du secret professionnel devrait alors primer<sup>107</sup>. Il faut également que la probabilité du risque que d'autres membres de la famille du patient soient atteints de la même maladie soit suffisamment importante<sup>108</sup>.

---

<sup>104</sup> *Pate v. Threkel*, 661 So. 2d 278, 282 (Fla. 1995).

<sup>105</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 581.

<sup>106</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 413.

<sup>107</sup> Thierry HURLIMANN, « Le devoir du médecin de prévenir les proches d'un patient de leurs risques génétiques », (2004) 17 *L'observatoire de la génétique*, en ligne : <[http://www.omics-ethics.org/observatoire/cadrages/cadr2004/c\\_no17\\_04/ci\\_no17\\_04\\_02.html](http://www.omics-ethics.org/observatoire/cadrages/cadr2004/c_no17_04/ci_no17_04_02.html)> (consulté le 29 novembre 2019) ; E. LÉVESQUE, B. M. KNOPPERS et D. AVARD, préc., note 31, 120.

<sup>108</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 568.



La principale différence entre le VIH et les maladies génétiques est la manière, intentionnelle ou non, de porter atteinte à la santé ou à la sécurité de l'entourage du patient. Dans le cas des maladies génétiques, le patient ne fait courir aucun danger aux membres de sa famille en étant simplement porteur d'une mutation, car ceux-ci ont soit déjà la même mutation, soit ils ne l'ont pas<sup>109</sup>. À l'inverse, dans le cas du VIH, c'est le comportement du patient qui peut faire courir à son entourage un risque d'être contaminé<sup>110</sup>.

Cependant, un auteur considère qu'il ne devrait pas être fait de différence entre le VIH et les maladies génétiques et que dans les deux situations, la dénonciation devrait être autorisée car « dans les deux cas, il est possible de prévenir le préjudice par une intervention du médecin auprès de la personne à risque »<sup>111</sup>.

## **B. La nécessité de maintenir la protection du secret professionnel**

Il est particulièrement important que la protection du secret professionnel soit maintenue et qu'il soit empêché que trop d'exceptions ne viennent réduire toute son utilité. La dénonciation ne devrait pas faire l'objet d'une obligation car elle doit être limitée à des situations exceptionnelles (1), autrement, de nombreux risques pèseraient sur les droits individuels des patients et sur la relation patient-médecin (2).

### *1. L'importance de limiter la dénonciation à des situations exceptionnelles*

Pour les raisons présentées précédemment, de nombreux auteurs défendent l'idée que la dénonciation devrait être limitée à ces circonstances exceptionnelles, à des cas extrêmes qui justifieraient alors le bris du secret professionnel<sup>112</sup>.

Certains auteurs se sont également appliqués à énoncer des conditions qui, selon eux, si elles n'étaient pas remplies, empêcheraient toute possibilité de dénonciation. Par exemple,

---

<sup>109</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 475.

<sup>110</sup> *Id.*

<sup>111</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 571.

<sup>112</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 414.

en matière de génétique, l'American Society of Human Genetics, notamment, énonçait les conditions suivantes :

- le médecin doit avoir au préalable tenté d'encourager le patient à divulguer sa condition lui-même ;
- le danger doit être probable, sérieux et imminent ;
- les personnes menacées sont identifiables ;
- la maladie peut être traitée ou prévenue ou une prise en charge rapide peut permettre de réduire le risque.<sup>113</sup>

Le Réseau de médecine génétique appliquée du Québec considère également la divulgation possible seulement lorsque les trois conditions suivantes sont réunies : « a) lorsque la non divulgation risque d'entraîner pour les membres de la famille biologique un préjudice sérieux et prévisible », « b) lorsque les membres de la famille biologique sont identifiables », et « c) lorsque le risque de préjudice peut être évité par prévention ou contrôlé par un traitement scientifiquement approuvé »<sup>114</sup>.

La Cour suprême elle-même, lors de l'arrêt *Smith c. Jones*, énonçait trois facteurs face auxquels le secret professionnel de l'avocat pouvait être brisé au profit de la sécurité publique<sup>115</sup>.

Par ailleurs, de nombreux auteurs défendent l'idée que la divulgation ne devrait être obligatoire que dans les cas où la personne menacée est également patiente du médecin qui dénonce<sup>116</sup>. Selon la professeure Nootens, c'est « en raison de la relation contractuelle qui

---

<sup>113</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 474.

<sup>114</sup> RÉSEAU DE MÉDECINE GÉNÉTIQUE APPLIQUÉE, préc., note 89, p. 10.

<sup>115</sup> *Supra*, note 32.

<sup>116</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 411 ; Donald G. CASSWELL, « Disclosure by a Physician of AIDS-Related Patient Information: An Ethical and Legal Dilemma », (1989) 68 *The Canadian Bar Review* 225, 236. En Angleterre, dans l'affaire *ABC v. St George's Healthcare NHS trust*, [2015] E.W.H.C. 1394 (Q.B.), les médecins d'un patient atteint de la maladie de Huntington avaient respecté le refus de celui-ci d'en avertir sa fille alors qu'elle était enceinte au moment des faits et qu'elle avait 50% de risques d'avoir la même maladie. La Cour avait rejeté la demande de la fille au motif qu'il n'existait pas de relation patient-médecin entre elle et les médecins de son père. Pour une critique de cette décision, voir : Roy

les unit »<sup>117</sup> que le médecin est obligé de dévoiler la situation à son/sa patient(e). En effet, ce lien contractuel imposant une obligation de soigner au médecin, celui-ci doit alors protéger la santé de son patient par tous les moyens qui sont à sa disposition<sup>118</sup>.

La personne menacée étant également patiente du médecin, il « a dès lors une obligation de protection spéciale à son égard, entraînant dans ce seul cas une véritable obligation d'agir, et l'abstention serait fautive »<sup>119</sup>. Dans cette situation, le lien de confiance entre le médecin et le patient menacé devrait prévaloir sur le lien de confidentialité entre le médecin et le patient contre qui il faut dénoncer<sup>120</sup>.

La nécessité d'une relation spéciale entre le médecin et la personne menacée pour que la divulgation puisse être autorisée avait également été affirmée dans l'arrêt *Tarasoff* :

[...] the courts have carved out an exception to this rule in cases in which the defendant stands in some special relationship to either the person whose conduct needs to be controlled or in a relationship to the foreseeable victim of that conduct.<sup>121</sup>

Lors d'une affaire en Ontario, deux personnes qui avaient ensemble des relations sexuelles étaient patientes du même médecin<sup>122</sup>. L'une d'elles étant atteinte d'une maladie vénérienne, le médecin en avait alors informé sa partenaire. Les juges avaient alors considéré que la personne menacée étant également patiente du médecin, il avait le devoir moral de procéder à une telle divulgation et que cette obligation devait primer sur le respect du secret professionnel<sup>123</sup>.

---

GILBAR et Charles FOSTER, « Doctor's Liability to the Patient's Relatives in Genetic Medicine », (2015) 24(1) *Medical Law Review* 112.

<sup>117</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 547.

<sup>118</sup> *Id.*, 539.

<sup>119</sup> *Id.*

<sup>120</sup> *Id.*

<sup>122</sup> *C. v. D.* (1924), 56 O.L.R. 209, [1924] O.J. No 113 (H.C.).

<sup>123</sup> *Id.*, p. 213.

Toutefois, cette décision est de common law et n'est donc pas applicable directement au Québec. Elle a également été critiquée par un auteur qui estime qu'elle ne serait plus applicable aujourd'hui compte tenu « des progrès médicaux, de la législation concernant les maladies à divulgation obligatoire et du caractère fondamental du respect de la vie privée »<sup>124</sup>.

En outre, ce principe selon lequel la relation contractuelle existante entre le médecin et la personne menacée justifierait une divulgation ne peut s'appliquer lorsque la personne menacée n'est pas patiente du médecin, laissant ainsi une grande incertitude quant à la marche à suivre dans cette situation. En outre, il semble que ce n'est pas le fait que la personne soit également patiente du médecin ou non qui devrait justifier la divulgation, mais plutôt des considérations tenant à sa santé ou à sa sécurité.

## *2. Les risques de l'imposition d'une obligation de dénoncer pour la protection du secret professionnel*

Au-delà des considérations légales, le spectre d'une obligation de dénoncer fait planer plusieurs risques au-dessus du droit au secret professionnel et des relations patient-médecin au Québec. Ces risques, qui pourraient légalement être la conséquence d'une obligation de dénoncer, n'en sont pas moins discutables au regard de l'éthique et de la déontologie médicale.

En premier lieu, l'imposition d'une obligation de dénoncer pourrait faire peser sur les patients visés par la dénonciation des risques importants de stigmatisation et de discrimination. Pensons par exemple au cas du VIH. L'affection par cette maladie continue d'être mal perçue dans les esprits et d'être associée à un comportement non souhaitable en société :

L'infection à VIH continue d'être associée à des actes profondément intimes, y compris l'activité sexuelle et l'utilisation de drogue, dont la révélation peut

---

<sup>124</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 571.

exposer les gens à la stigmatisation, à la discrimination, voire même au rejet par la famille, les amis et la communauté.<sup>125</sup>

La dénonciation par un professionnel de la santé de la séropositivité d'un patient pourrait ajouter à cette situation préexistante. Le terme « dénoncer » à lui seul suppose l'exécution par le patient d'une action fautive, socialement condamnable.

Il en est de même dans le cadre de la divulgation d'une maladie génétique. La révélation d'une telle maladie à la famille du patient pourrait avoir pour conséquence un rejet de celui-ci au sein de son entourage. La multiplication des personnes informées de l'état de santé du patient augmente en même temps les risques de fuite de cette information<sup>126</sup>.

On pourrait même imaginer que le patient puisse subir de la discrimination auprès de son employeur, de son banquier ou de son assureur si sa maladie génétique venait à être connue publiquement : « la révélation peut signifier pour le porteur des conséquences dramatiques sur les plans psychologique, social (assurance, emploi), financier et, bien sûr, familial : il sera le « mauvais » qui savait et ne voulait rien dire »<sup>127</sup>. Ainsi, que l'on décide de dénoncer ou de ne pas dénoncer, il n'y aurait pas de solution idéale :

[...] le résultat n'en est pas moins tragique : un homme ou une femme pourrait être infecté par le VIH et mourir prématurément ; si la confidentialité n'est pas respectée, la personne infectée au VIH peut s'effondrer psychologiquement à la suite de la révélation de sa séropositivité, et les conséquences de cet effondrement sont imprévisibles.<sup>128</sup>

Or, l'interdiction de la stigmatisation et de la discrimination est explicitement prévue par la *Charte canadienne des droits et libertés* et par la *Chartes des droits et libertés de la personne*<sup>129</sup>. En outre, il faut rappeler que :

---

<sup>125</sup> Ralf JÜRGENS et Michael PALLES, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/Sida et Société canadienne du Sida, 1997, p. 235.

<sup>126</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, dans M. J. MÉLANÇON et R. GAGNÉ (dir.), préc., note 101, p. 209.

<sup>127</sup> *Id.*

<sup>128</sup> David ROY, « Le sida : ses enjeux éthiques », dans Joseph Josy LEVY et Henri COHEN (dir.), *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Québec, Méridien, 1997, p. 529.

<sup>129</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, L.R.C. (1985), App. II, n° 44, Annexe B, art. 15 (1) ; *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, art. 10.

[l]'homme n'est pas réductible à son ADN. De plus, le fait d'avoir un gène « atteint » ne conduit pas nécessairement au développement de la maladie. La complexité du vivant ne repose pas seulement sur 23000 gènes, mais sur leur combinatoire, ainsi que sur leur interaction avec le milieu et les caractéristiques, en partie aléatoires, de leur expression.<sup>130</sup>

Par ailleurs, le patient qui livre au professionnel de santé des informations le concernant le fait dans son intérêt personnel, car il souhaite recevoir des soins adaptés et efficaces en éclairant le professionnel sur des éléments qui pourraient être pertinents dans sa situation. Il est alors justifié que ce patient s'attende à ce que soient protégées ces informations qu'il ne livre pas par plaisir mais par nécessité<sup>131</sup>.

L'imposition d'une obligation de dénoncer pourrait alors faire apparaître le risque que les patients se montrent plus réticents à révéler leur état de santé à leur médecin, par crainte que celui-ci ne soit révélé. Or, l'information délivrée par le patient est cruciale pour le bon exercice de la médecine. Comme le disait si bien le Professeur Louis Portes, « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret »<sup>132</sup>.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que le droit québécois va même jusqu'à faire de cette relation de confiance une obligation à l'article 18 du *Code de déontologie des médecins* : « le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle »<sup>133</sup>.

Plusieurs études avaient ainsi démontré que les patients en psychiatrie pourraient éviter de recevoir des soins si la confidentialité n'était pas garantie et qu'ils pourraient terminer la psychothérapie de façon prématurée si leur psychiatre venait à briser cette confidentialité<sup>134</sup>.

---

<sup>130</sup> COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, *Avis 129. Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*, Paris, 2018, en ligne : <[http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_129\\_vf.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_129_vf.pdf)> (consulté le 29 novembre 2019), p. 66 à 67.

<sup>131</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 19.

<sup>132</sup> LOUIS PORTES, *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson, 1964, p. 153.

<sup>133</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 18.

<sup>134</sup> DEREK TRUSCOTT et KENNETH H. CROOK, « Tarasoff in the Canadian Context: Wenden and the Duty to Protect », (1993) 38 *Can J. Psychiatry* 84, 86.

S'il craint que les informations qu'il révèle ne seront pas correctement protégées, le risque est que le patient décide de les garder pour lui, mettant alors en danger sa santé puisque son médecin ne pourra pas le soigner adéquatement. Selon une auteure, à propos du droit français :

Le secret médical, destiné à protéger la confiance d'un client, tend à assurer la confiance dans l'exercice de la profession médicale. Il est, en effet, convenu que le malade doit donner à son médecin une confiance entière et sans réserve. Il doit pouvoir, sans crainte et sans hésitation, lui confier ses secrets, faute de quoi des réticences seraient à craindre qui pourraient perturber l'exercice de ces activités. Le secret médical est donc destiné à garantir, dans l'intérêt général, l'exercice satisfaisant de la profession médicale.<sup>135</sup>

Il serait alors particulièrement déplorable que les patients deviennent réticents à se présenter devant un médecin ou dans un établissement de santé par peur que les informations concernant leur état de santé ne soient divulguées. Cette situation pourrait en outre être préjudiciable pour l'ensemble de la population québécoise, ces individus n'étant ni suivis ni traités et pouvant potentiellement véhiculer des maladies contagieuses.

En outre, l'imposition d'une obligation de dénoncer pourrait avoir dans ce cas un effet contre-productif. Par exemple, dans le cas du VIH, et alors que l'on cherche par la dénonciation à éviter que le patient ne répande le virus, celui-ci pourrait éviter de se faire diagnostiquer par crainte que, s'il s'avérait séropositif, son statut ne soit révélé, et ainsi répandre la maladie de la même façon car il ignore qu'il est atteint du virus. Ainsi, des auteurs écrivaient que :

[l]a révélation du statut au partenaire peut également fragiliser le pacte de confiance entre patients et médecins et favoriser l'évitement des structures de santé ou le refus de se soumettre volontairement aux tests de dépistage. Il s'y ajoute que dans le cas de l'infection à VIH, un sentiment de dépit ou de révolte peut animer l'un ou l'autre patient et le pousser à répandre l'infection par adoption d'un comportement sexuel à risque.<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Amsatou SOW SIDIBE, « Le secret médical aujourd'hui », (2001) 2 *Afrilex*, en ligne : <[www.afrilex.u-bordeaux4.fr](http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr)> (consulté le 29 novembre 2019).

<sup>136</sup> Mamadou MBAYE et al., « Problèmes éthiques rencontrés par les médecins dans la gestion de l'infection VIH en milieu de travail », (2005) 2(2) *Sidanet* 799, 806.

On pourrait également imaginer que les professionnels de la santé soient plus réticents à traiter des patients pour lesquelles ils émettent un doute quant à la nécessité de dénoncer ou non leur état de santé et se déchargent de leur responsabilité en référant ce patient à un autre médecin<sup>137</sup>. D'autres encore pourraient recourir à des stratagèmes pour ne pas avoir à dénoncer : ainsi, en Ontario, les demandes d'analyse pour le VIH étaient faites avec les initiales de la personne seulement afin que seul le médecin puisse connaître l'identité du patient<sup>138</sup>.

La dignité des patients dont l'état de santé est dévoilé sans leur consentement pourrait également être mise à mal par l'imposition d'une obligation de divulguer. La dignité est définie comme « le respect auquel toute personne a droit du seul fait qu'elle est un être humain »<sup>139</sup>. Le *Code de déontologie des médecins* leur impose d'exercer leur profession dans le respect de la dignité de la personne<sup>140</sup>.

Or, la divulgation par exemple de la séropositivité d'un patient pourrait toucher à sa dignité s'il s'opposait à cette divulgation, lui procurant le sentiment que sa volonté n'est pas respectée, ou encore s'il s'en sent dévalorisé ou réduit à son statut séropositif<sup>141</sup>. Ainsi, un auteur écrivait :

[...] if the client's words are repeated back against him or her, the client's choice of confidentiality is subverted, in violation of his or her dignity. To use the client's words to promote interests other than those selected by the client is to treat the client not as an entity worthy of dignity and respect, but as a means to others' ends.<sup>142</sup>

Le principe d'autonomie des patients souffrirait également de l'imposition d'une obligation de dénoncer. Ce principe implique dans un contexte médical de respecter les

---

<sup>137</sup> Y. D. DUSSAULT, préc., note 48, p. 160.

<sup>138</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 537.

<sup>139</sup> *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, par. 105.

<sup>140</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 4.

<sup>141</sup> R. MAUMAHA NOUNE et J. MONZEE, préc., note 74, 157-158.

<sup>142</sup> Wayne N. RENKE, « Case Comment: Secrets and Lives - The Public Safety Exception to Solicitor-client Privilege: *Smith v. Jones* », (1999) 37(4) *Alberta Law Review* 1045, 1053.



décisions des personnes quant à leur santé et leur propre corps<sup>143</sup> et se voit accorder depuis quelques années une place de plus en plus importante par la jurisprudence<sup>144</sup>. Le fait d'aller à l'encontre de la volonté des patients en révélant des informations concernant leur santé alors qu'ils s'y opposaient serait donc contraire au principe d'autonomie<sup>145</sup>.

L'imposition d'une obligation de dénoncer risquerait par ailleurs de conduire à des prises de décisions arbitraires par les médecins. Il peut être particulièrement difficile de déterminer les situations dans lesquelles il existe véritablement un danger pour la santé ou la sécurité d'un patient ou de son entourage. Michael H. Kottow prévenait ainsi que le fait d'autoriser le bris du secret professionnel au nom de valeurs morales supérieures risquait de conduire à des situations arbitraires et éthiquement contestables<sup>146</sup>. Une étude avait également dégagé une tendance des médecins à être trop prudents et à trop souvent craindre que leurs patients puissent être violents<sup>147</sup>.

Enfin, il ne faut pas oublier que certaines personnes préfèrent ne pas apprendre un diagnostic médical grave ou fatal et préfèrent rester dans l'ignorance d'une maladie<sup>148</sup>. Dans le cas des maladies génétiques particulièrement, il est possible qu'un ou plusieurs membres de la famille du patient préfèrent ne pas être mis au courant de son état de santé. Procéder systématiquement à la divulgation ne permettrait alors pas de respecter la volonté de ces

---

<sup>143</sup> *Cuthbertson c. Rasouli*, [2013] 3 RCS 341, par. 19.

<sup>144</sup> Hilary YOUNG, « A Proposal for Access to Treatment Contrary to Clinical Judgment », (2017) 11(2) *McGill Journal of Law and Health* 1, 45.

<sup>145</sup> R. MAUMAHA NOUNE et Joël MONZEE, préc., note 74, 158.

<sup>146</sup> Michael H. KOTTOW, « Medical Confidentiality: an Intransigent and Absolute Obligation », (1986) 12 *Journal of medical ethics* 117, 117.

<sup>147</sup> F. SHANE, « La confidentialité et la dangerosité dans les relations entre le médecin et son patient. La position de l'Association des psychiatres du Canada », (1985) 30 *Revue can. de psychiatrie* 297, 299.

<sup>148</sup> Anne-Cécile VELLARD-HAMELIN, *Du droit du patient atteint d'une maladie grave de ne pas savoir*, mémoire de diplôme universitaire, Paris, UFR de médecine, Université Pierre et Marie Curie, 2016, en ligne : <<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413315/document>> (consulté le 29 novembre 2019).

personnes<sup>149</sup>. Dans certains cas, la divulgation pourrait même causer plus de mal que de bien au sein des familles<sup>150</sup> :

Dans cette situation, le médecin s'immiscerait indûment à l'intérieur de la dynamique familiale. Ainsi, certaines études ont évoqué que les personnes atteintes d'une affection génétique pouvaient se sentir coupables face au reste de la famille, comme si elles étaient responsables. Dans d'autres cas où les risques de maladies héréditaires sont connus, une dynamique peut s'être installée où les membres de la famille ont «présélectionné» la personne qui sera atteinte par leurs comportements ou leurs gestes. Une sorte de conditionnement s'établit alors où les personnes à risque non sélectionnées vivent dans l'attente du moment fatidique. La divulgation de l'information génétique par le médecin peut venir ébranler cette construction sociale bien établie.<sup>151</sup>

---

<sup>149</sup> Catherine DEKEUWER, « Faire l'autruche ou l'idiot rationnel ? De l'attitude la plus sage à adopter face aux prédictions proposées par la médecine génomique », (2018) 15 *Éthique et santé* 238 ; T. HURLIMANN, préc., note 107 ; THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 478.

<sup>150</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 478.

<sup>151</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 590.

## II. POUR L'IMPOSITION D'UNE VÉRITABLE OBLIGATION DE DÉNONCER

S'il est maintenant bien défini que le droit québécois n'impose pour l'instant aucune obligation de dénoncer à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, il semble pourtant qu'il existe un devoir moral de le faire (A). D'autre part, une certaine interprétation des droits fondamentaux laisse à penser qu'une obligation de dénoncer serait plus conforme avec la lettre des chartes (B).

### A. L'obligation de dénoncer : un devoir moral

L'obligation de dénoncer serait un devoir moral à défaut d'en être un légal, au regard de nombreux principes éthiques (1) et de la primauté de l'intérêt public sur les intérêts individuels dans cette situation particulière (2).

#### 1. Les considérations éthiques

Alors que l'état du droit positif penche relativement clairement pour laisser ouverte la possibilité aux médecins de dénoncer ou non, plusieurs auteurs appuient l'idée que l'imposition d'une véritable obligation serait éthiquement préférable<sup>152</sup>.

Par ailleurs, les règles éthiques doivent être différenciées des règles légales en ce qu'elles peuvent imposer des obligations non écrites là où la loi est silencieuse : « absence of explicit legal regulations does not translate into an absence of duty. An ethical duty can become a professional norm of practice, and it may become the legal standard »<sup>153</sup>. Il serait donc possible de considérer qu'il existe au Québec une obligation de dénoncer imposée non pas par la loi ou la jurisprudence mais par des normes éthiques non écrites.

Deux auteurs, quant à eux, estiment que l'obligation de dénoncer n'a jamais été édictée au Canada non pas parce que celle-ci n'est pas éthiquement acceptée ou considérée

---

<sup>152</sup> Annie ST-PIERRE, *Les effets juridiques de l'urgence sur la responsabilité médicale et hospitalière*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2014, p. 100 ; THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 478.

<sup>153</sup> THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 478.

comme suffisamment importante, mais uniquement parce qu'aucune affaire relative à cette question n'a été amenée devant une cour<sup>154</sup>.

Certains auteurs considèrent ainsi que bien que les professionnels de la santé n'aient actuellement aucune obligation de dénoncer, ils ont un devoir moral de le faire. L'Association médicale canadienne indiquait ainsi aux médecins en 1989 qu'il n'est pas nécessairement contraire à la déontologie médicale de révéler l'état de leur patient atteint à son conjoint ou à son partenaire sexuel lorsque le patient refuse de le faire lui-même<sup>155</sup>.

Le principe éthique de bienfaisance appuie également l'argument selon lequel la dénonciation prévue à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* devrait être obligatoire. En santé publique, ce principe se définit comme l'action de faire du bien dans l'intérêt d'autrui<sup>156</sup> et « motive et légitime les actions qui visent le bien-être de la population, la santé en étant une composante essentielle »<sup>157</sup>. Dans ce cas, la dénonciation permettant d'éviter un danger menaçant la santé ou la sécurité de personnes, elle pourrait être justifiée par l'application du principe de bienfaisance.

Afin d'envisager que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* puisse imposer une obligation de dénoncer, il est nécessaire de reconnaître que le droit au secret professionnel n'est pas absolu et qu'il peut souffrir d'exceptions. Autrement, une vision absolutiste du secret empêcherait qu'il soit brisé en n'importe quelles circonstances, même lorsque la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage est en danger.

---

<sup>154</sup> Harry E. EMSON, « The Duty to Warn in the Canadian Context », (1993) 149(12) *Can. Med. Assoc. J.* 1781, 1781 ; COMITE CONSULTATIF ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA, *Divulcation de la séropositivité pour le VIH aux partenaires sexuels et aux partenaires d'injection de drogue*, Document de référence, Toronto, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2003, p. 30.

<sup>155</sup> N. GILMORE et MA. A. SOMERVILLE, préc., note 80, p. 21 à 23.

<sup>156</sup> INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*, Gouvernement du Québec, Montréal, 2015, en ligne : <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010\\_Referentiel\\_Valeurs\\_Analyse\\_Ethique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf)> (consulté le 30 novembre 2019).

<sup>157</sup> *Id.*

Le principe selon lequel la protection du secret professionnel ne devrait pas être absolue est connu sous le nom de la « thèse relativiste ». En vertu de cette thèse, « les professionnels de la santé devraient violer le secret médical en vue de protéger le patient, les tiers et la société tout entière »<sup>158</sup>.

Selon cette thèse, à laquelle nous souscrivons, la protection du droit au secret professionnel n'est pas absolue, bien au contraire. Elle est fondamentale, et les exceptions doivent être rares et circonscrites, mais il est possible et même souhaitable de déroger au secret professionnel lorsque d'autres intérêts fondamentaux sont en jeu. La Cour suprême l'a rappelé lors de l'arrêt *Smith c. Jones* :

Il ressort clairement de l'examen qui précède que même le droit à la confidentialité, pourtant fondamentalement important, n'est pas absolu lorsqu'il s'agit des communications entre le médecin et son patient et qu'il ne peut l'être lorsqu'il s'agit des communications entre l'avocat et son client [...]. Quand il y va de la protection de l'accusé innocent et de la sécurité publique, le privilège doit être pesé au regard de ces autres besoins impérieux du public. Dans de rares cas, ces intérêts du public seront si impérieux que le privilège devra être écarté<sup>159</sup>.

C'est également ce qui ressortait de la décision *McInerney c. MacDonald* :

Le devoir connexe de préserver le caractère confidentiel n'est pas absolu. [...] Ce droit est absolu sauf s'il y a une raison primordiale d'y déroger. Par exemple, [TRADUCTION] « il peut se présenter des cas où des motifs liés à la sécurité physique ou morale des personnes ou du public seraient suffisamment convaincants pour supplanter ou limiter les obligations imposées de prime abord par la relation confidentielle [...] ».<sup>160</sup>

S'il apparaît que l'absolutisme du secret professionnel était la norme pendant longtemps<sup>161</sup>, il est certain qu'aujourd'hui la thèse relativiste est la plus suivie : « whether or

---

<sup>158</sup> R. MAUMAHA NOUNE et Joël MONZEE, préc., note 74, 152.

<sup>159</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 74.

<sup>160</sup> *McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 R.C.S. 138, p. 154.

<sup>161</sup> Certains auteurs considèrent le secret professionnel comme absolu et ne tolèrent que très peu d'exceptions. C'est la thèse absolutiste selon laquelle le droit au secret professionnel doit primer sur les autres droits. L'obligation au secret professionnel doit être absolue car elle est plus importante que le reste des obligations des médecins. La thèse absolutiste ne permet pas d'exceptions ou d'assouplissements à l'obligation au secret professionnel. Voir, entre autres : Kenneth KIPNIS, « A Defense of an Unqualified Medical Confidentiality », (2006) 6(2) *American Journal of Bioethics* 7, 8 ; Patrick LOIRET, *La théorie du secret médical*, Paris, Masson,

not the early statement was in fact as absolute as it appears to be, society has by degrees modified it and the obligation of confidentiality upon the physician has become greatly eroded »<sup>162</sup>.

Le droit au secret professionnel est d'ailleurs limité par l'article même qui l'institue, lorsque les personnes qui y sont tenues sont autorisées par celui qui leur a fait des confidences ou lorsqu'une disposition expresse de la loi le prévoit<sup>163</sup>. En outre, on retrouve dans la loi de nombreuses autres exceptions au secret professionnel<sup>164</sup>.

La Cour suprême apportait d'ailleurs un tempérament à l'obligation au secret prévue dans le *Code des professions* dans la décision *Société d'énergie Foster Wheeler ltée c. Société intermunicipale de gestion et d'élimination des déchets (SIGED) inc.*, :

[...] l'intensité et la portée de la protection que reconnaît cette disposition demeure susceptible de varier suivant la nature des fonctions remplies par les membres des divers ordres professionnels et des services qu'ils sont appelés à rendre, comme des autres composantes du régime juridique qui les encadrent.<sup>165</sup>

## 2. L'intérêt public vs. l'intérêt individuel

Alors que la protection du secret professionnel défend principalement les intérêts individuels des patients parce qu'elle protège leur intimité et leur vie privée, la dénonciation de l'état de santé d'un patient en cas de danger pour sa santé, sa sécurité ou celle de son entourage participe à la préservation de l'intérêt public.

Ainsi, ces deux intérêts s'opposent dans le cadre de la question qui nous est posée, et le renforcement de la protection de l'un se fera au détriment de l'autre. La *Charte des droits*

---

1988, p. 239 ; R. MAUMAHA NOUNE et Joël MONZEE, préc., note 74, 151 ; Manuel ROLAND, « Le secret médical, une controverse », (1997) 2 *Santé conjugée* 9.

<sup>162</sup> Harry E. EMSON, « Confidentiality: a Modified Value », (1988) 14 *Journal of Medical Ethics* 87, 87.

<sup>163</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, art. 9(2) : « Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi ».

<sup>164</sup> Pour des exemples, voir : *supra*, notes 52 à 61.

<sup>165</sup> *Société d'énergie Foster Wheeler ltée c. Société intermunicipale de gestion et d'élimination des déchets (SIGED) inc.*, [2004] 1 RCS 456, par. 35.

*et libertés de la personne* prévoit d'ailleurs, à son cinquième considérant, que « les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général »<sup>166</sup>. Il est donc nécessaire de les mettre en balance afin de déterminer lequel devra primer : « [t]he duty of secrecy to the patient must always be weighed against the duty to the community as a whole »<sup>167</sup>.

La notion d'intérêt public se définit comme « un ensemble de conditions générales moyennant lesquelles la personnalité et les activités légitimes de chacun, dans le public, puissent se développer et s'épanouir à l'aise »<sup>168</sup> et regroupe « les motifs qui rendent légitimes les limites qui doivent être posées aux droits fondamentaux afin de les concilier avec d'autres droits et valeurs »<sup>169</sup>.

Pour l'heure au Québec, la dénonciation n'étant qu'optionnelle et le bris du secret exceptionnel, c'est à l'intérêt individuel des patients qu'est accordée la primauté sur l'intérêt public. L'imposition d'une obligation de dénoncer à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* aurait alors pour effet de faire basculer la tendance et de reconnaître que l'intérêt public, dans cette situation, doit primer sur l'intérêt individuel.

Un nombre important d'auteurs estiment que la protection de l'intérêt public est tellement importante qu'elle justifie la consécration d'une obligation de dénoncer<sup>170</sup>. Ainsi, la *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines* requiert que la divulgation d'informations confidentielles soit justifiée par un « motif d'intérêt public important »<sup>171</sup>. Il en est de même du coroner Jacques Bérubé :

---

<sup>166</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, considérant 5.

<sup>167</sup> Samuel FREEDMAN, « Medical Privilege », (1954) 32(1) *The Canadian Bar Review* 1, 18.

<sup>168</sup> Jean DABIN, « Théorie générale du droit », (1954) 6(1) *Revue internationale de droit comparé* 182, 184.

<sup>169</sup> Pierre TRUDEL, « L'intérêt public: son rôle et les rouages de sa détermination », dans Yves-Marie MORISSETTE, Wade MACLAUCHLAN et Monique OUELLETTE, *La transparence dans le système judiciaire*, Montréal, Institut canadien d'administration de la justice, Éditions Thémis, 1994, p. 35.

<sup>170</sup> N. GILMORE et MA. A. SOMERVILLE, préc., note 80 ; Derek J. JONES, « Interface of Law & Ethics in Canadian Research Ethics Standards: An Advisory Opinion on Confidentiality, its Limits, & Duties to Others », (2007) 1(1) *McGill Journal of Law and Health* 101, 112 ; Zoe WOODWARD et Vincent P. ARGENT, « Patient Confidentiality », (2005) 15 *Current Obstetrics and Gynaecology* 211.

<sup>171</sup> COMITE INTERNATIONAL DE BIOETHIQUE DE L'UNESCO, préc., note 90, art. 14(b).

Quel est le devoir moral du psychologue dont le client lui apprend vouloir tuer son ex-conjointe : tenter de l'en dissuader, bien sûr, mais doit-il renoncer au secret professionnel, briser le lien de confiance avec son client et aviser la police ou le psychiatre ? Oui, répond le coroner. « Lorsqu'il y a un doute raisonnable à l'effet qu'il y a un danger pour la sécurité ou la vie d'une personne, l'intervenant social médical ou judiciaire possédant cette information n'hésitera pas à lever la confidentialité ou le secret professionnel pour entrer en contact avec d'autres ressources afin d'assurer la sécurité de la personne en danger ».<sup>172</sup>

Dans *Tarasoff*, la Cour suprême de Californie concluait également que :

The protective privilege ends where the public peril begins [...]. If the exercise of reasonable care to protect the threatened victim requires the therapist to warn the endangered party or those who can reasonably be expected to notify him, we see no sufficient societal interest that would protect and justify concealment. The containment of such risks lies in the public interest.<sup>173</sup>

Par ailleurs, la protection du secret professionnel n'étant pas absolue, elle ne devrait pas être appliquée de manière impérative et automatique lorsqu'elle se fait au détriment de l'intérêt public. C'est le principe qui avait été énoncé dans l'arrêt *Smith c. Jones* par le juge Cory :

Le privilège du secret professionnel de l'avocat permet à un client de parler en toute liberté à son avocat car il a la certitude que les paroles et les documents visés par le privilège ne seront pas divulgués. Il est établi depuis longtemps qu'il s'agit d'un principe de la plus haute importance pour l'administration de la justice et qu'il doit être maintenu chaque fois qu'il est possible de le faire. Néanmoins, lorsque la sécurité publique est en jeu et qu'il y a danger imminent de mort ou de blessures graves, le privilège doit être écarté<sup>174</sup>.

Une obligation de dénoncer conduirait certainement à des cas de patients dont l'état de santé est révélé alors qu'ils ne représentaient pas véritablement un danger en cas de mauvaise appréciation du médecin. Cependant, pour chaque erreur, les chances de prévenir un danger réel augmentent également. C'était la logique qui avait été suivie par le juge Tobriner dans

---

<sup>172</sup> Jacques BERUBE, coroner, « Entrevue accordée à André Giroux », (1997) 1 *Journal du Barreau* 1, 1.

<sup>173</sup> *Tarasoff v. Regents of the University of California*, préc., note 3, par. 442.

<sup>174</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 35.



l'arrêt *Tarasoff* : « the risk that unnecessary warnings may be given is a reasonable price to pay for the lives of possible victims that may be saved »<sup>175</sup>.

Plusieurs affaires illustrent une tendance jurisprudentielle à favoriser la protection de l'intérêt public au détriment du secret professionnel et du droit à la vie privée lorsque la santé ou la sécurité d'un patient ou de son entourage est en danger. Par exemple, un débat important avait soulevé le Québec il y a quelques années, à savoir : des infirmiers étaient-ils en droit d'alerter les autorités policières que le suspect qu'elles recherchaient était dans la salle d'attente de l'hôpital où ils travaillaient<sup>176</sup> ? Suite à une poursuite de l'Ordre des infirmières, le Comité de discipline avait conclu à leur non-responsabilité et avait déclaré que leur geste était justifié puisqu'ils avaient agi pour « la sécurité des personnes et donc dans l'intérêt public »<sup>177</sup>.

Dans une autre affaire, un psychiatre avait dénoncé l'état de santé de l'un de ses patientes aux autorités policières car il craignait pour sa sécurité et celle de son enfant, celle-ci ayant des antécédents de violence<sup>178</sup>. La Cour supérieure avait considéré que cette dénonciation était justifiée et que le médecin psychiatre était en droit de craindre pour la patiente et son enfant.

En Alberta, la même solution avait été retenue. Dans une affaire où un médecin avait pris l'initiative d'alerter les autorités policières de l'état de santé potentiellement dangereux de l'un de ses patients, le juge Lieberman avait déclaré :

I am also mindful that not only must a psychiatrist be cognizant of a citizen's personal liberty (confidentiality), he must also be cognizant of his duty to the community at large and to the right of all persons to be protected wherever possible from a potentially dangerous person.<sup>179</sup>

---

<sup>175</sup> *Tarasoff v. Regents of the University of California*, préc., note 3, par. 440.

<sup>176</sup> *Carole Aubry (syndic) c. Jean-Yves Ruault*, décision n°20-9440060, 4 avril 1995 (Comité de discipline de l'ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec).

<sup>177</sup> *Id.*

<sup>178</sup> *M.S. c. Lalla*, 2010 QCCS 2549.

<sup>179</sup> *Tanner v. Norys*, (1980) 21 A.R. 372 (CA), p. 62.

En Alberta également, un patient atteint de troubles psychiatriques s'était enfui de l'hôpital où il était retenu, avait pris sa voiture, avait conduit à grande vitesse et avait embouti la voiture d'une autre personne qui s'était retrouvée avec de nombreuses déficiences physiques et qui avait fini par perdre la garde de ses trois enfants<sup>180</sup>. La Cour d'appel de l'Alberta, confirmant le jugement de première instance, avait conclu que le psychiatre qui sait que son patient peut potentiellement représenter un danger sérieux pour une tierce personne a l'obligation de prendre les mesures raisonnables afin d'éviter que ce danger ne se matérialise.

En Angleterre, la solution appliquée par les tribunaux est similaire, et deux auteurs écrivent : « [...] in the event of an action being taken on the basis of breach of confidence, the fact that it was a justifiable breach would offer a complete defence in both the civil courts and before disciplinary proceedings [...] »<sup>181</sup>.

Le *Code de déontologie des médecins* lui-même pourrait servir de fondement pour justifier que l'intérêt public soit privilégié au détriment de la protection du secret professionnel. En effet, il énonce à son article 3 que « le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif »<sup>182</sup>.

D'ailleurs, le droit québécois prévoit déjà des situations dans lesquelles le droit au secret professionnel et à la confidentialité peuvent être transgressés au nom de l'intérêt public. Par exemple, il en est ainsi de la *Loi sur la santé publique* qui énonce une liste de maladies dont la déclaration ou le traitement est obligatoire, au détriment du secret et même si le patient s'y oppose<sup>183</sup>.

---

<sup>180</sup> *Wenden v. Trikha*, 1993 ABCA 68.

<sup>181</sup> G.T. LAURIE, S.H.E. HARMON, E.S. DOVE, MASONS & MCCALL SMITH'S, *Law & Medical Ethics*, 11e éd., Oxford R.-U, Oxford University Press, 2019, p. 170, par. 6.17.

<sup>182</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 3.

<sup>183</sup> *Loi sur la santé publique*, préc., note 54, art. 79-88 ; *Règlement interministériel d'application de la Loi sur la santé publique*, préc., note 54, art. 1-9. Pour d'autres exemples, voir : *supra*, notes 52 à 61.

Dans le cas du VIH particulièrement, l'argument de l'intérêt public a encore plus de poids car cette maladie étant transmissible, l'imposition d'une obligation de dénoncer permettrait de limiter les cas de patients irresponsables qui ont des relations sexuelles non protégées et ainsi de limiter la propagation de cette maladie dans la société : « pour contrer l'épidémie, il semble moralement juste de révéler le secret thérapeutique du point de vue de la justice, qui privilégie l'intérêt de la santé publique »<sup>184</sup>.

La Corporation professionnelle des médecins avait ainsi déclaré, en 1992 :

Dans tous les cas où l'intérêt public est en jeu, dans tous les cas où un médecin a raison de croire que la vie ou la sécurité des personnes est en danger ou menacée, il doit parler. La question du SIDA a longuement été débattue, mais il semble de plus en plus accepté que, lorsque le patient ne prend pas ses responsabilités en refusant délibérément de prévenir les personnes concernées, le médecin peut faire une entorse au principe du secret professionnel et rompre la relation de confiance. En somme, cette importante relation ne doit être rompue que pour des motifs très sérieux.<sup>185</sup>

Enfin, Donald G. Caswell, dans un article très tranché, exprime que la gravité du VIH justifie toutes les violations du secret professionnel lorsque le comportement du patient est de nature à porter atteinte à l'intérêt public :

No patient can expect that if his malady is found to be of a dangerously contagious nature he can still require it to be kept secret from those to whom, if there was no disclosure, such disease would be transmitted. The information given to a physician by his patient, though confidential, must, it seems to us, be given and received subject to the qualification that if the patient's disease is found to be of a dangerous *and so highly contagious or infectious a nature that it will necessarily be transmitted to others unless the danger of contagion is disclosed to them*, then the physician should, in that event, *if no other means of protection is possible*, be privileged to make so much of a disclosure to such persons as is necessary to prevent the spread of the disease. A disclosure in such case would, it follows, not be a betrayal of the confidence of the patient, since the patient must know, when he imparts the information or subjects himself to the examination, that, in the exception stated, his disease may be disclosed.<sup>186</sup>

---

<sup>184</sup> R. MAUMAHA NOUNE et Joël MONZEE, préc., note 74, 159.

<sup>185</sup> CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS, *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal, 1992, p. 92.

<sup>186</sup> D. G. CASSWELL, préc., note 116, p. 241.

## B. L'obligation de dénoncer et la protection des droits fondamentaux

Une certaine interprétation des chartes permet de conclure à la nécessité de l'imposition d'une obligation de dénoncer en droit québécois. En effet, dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, il apparaît que ce sont les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité qui devraient primer sur le droit au secret professionnel et à la vie privée (1). En outre, l'obligation de porter secours pourrait bien impliquer une obligation de dénoncer (2).

### 1. La primauté du droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité sur le droit au secret professionnel et à la vie privée

La *Charte des droits et libertés de la personne* ainsi que la *Charte canadienne des droits et libertés* proclament au rang de droits fondamentaux, au même titre que le droit au secret professionnel et à la vie privée, le droit de chacun à la vie, à la sûreté et à l'intégrité<sup>187</sup>.

Or, les droits fondamentaux peuvent parfois entrer en conflit les uns avec les autres. La difficulté de la question de savoir si l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* impose une véritable obligation ou une simple possibilité de dénoncer tient notamment au fait qu'elle met en balance plusieurs droits fondamentaux, soit le droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité et le droit à la vie privée et au secret professionnel.

En effet, l'interprétation selon laquelle l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* impose une obligation de dénoncer s'inscrit en faveur des droits fondamentaux à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, puisque dans tous les cas où un médecin suspecte que la santé ou la sécurité d'un patient ou de son entourage est en danger, il devra procéder à une dénonciation sans dérogation possible.

Au contraire, si l'on croit que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* ne fait que prévoir une simple possibilité de dénonciation, alors cette interprétation agit en faveur de la protection du droit à la vie privée et du droit au secret professionnel car les

---

<sup>187</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, préc., note 129, art. 7 ; *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, art. 1.

professionnels de la santé n'auront pas à dénoncer la situation chaque fois qu'ils craignent que la santé ou la sécurité de leur patient ou de son entourage est en danger.

La question est alors de savoir si la protection de l'un ou l'autre de ces droits devrait primer, auquel cas l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* devrait être interprété de la façon qui serait la plus favorable à la protection de ce droit.

Le droit à la vie n'a pas été défini par le législateur québécois et c'est donc la jurisprudence qui s'est attachée à le faire. Lors de l'important arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*, les juges de la Cour suprême expliquaient en ces mots le contenu du droit à la vie : « en résumé, selon la jurisprudence, le droit à la vie entre en jeu lorsqu'une mesure ou une loi prise par l'État a directement ou indirectement pour effet d'imposer la mort à une personne ou de l'exposer à un risque accru de mort »<sup>188</sup>.

Le droit à la sûreté, lui :

[...] englobe « une notion d'autonomie personnelle qui comprend [...] la maîtrise de l'intégrité de sa personne sans aucune intervention de l'État » [...] et elle est mise en jeu par l'atteinte de l'État à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne, y compris toute mesure prise par l'État qui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques.<sup>189</sup>

Enfin, le droit à l'intégrité a été défini comme tel par la Cour suprême lors de la décision *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand* :

Le sens courant du mot «intégrité» laisse sous-entendre que l'atteinte à ce droit doit laisser des marques, des séquelles qui, sans nécessairement être physiques ou permanentes, dépassent un certain seuil. L'atteinte doit affecter de façon plus que fugace l'équilibre physique, psychologique ou émotif de la victime.<sup>190</sup>

---

<sup>188</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, par. 62.

<sup>189</sup> *Id.*, par. 64.

<sup>190</sup> *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, préc., note 139, par. 97.

Nombreux sont les auteurs qui considèrent que le droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité devrait de manière générale primer sur le droit au secret professionnel et à la vie privée dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*. Nous souscrivons également à ce point de vue. Le droit au secret est originellement institué afin de promouvoir la santé et la sécurité des patients en ce qu'il leur offre un cadre sécurisé dans lequel ils pourront mieux se livrer au sujet de leur état de santé. Il serait ainsi contraire au but premier du secret professionnel que d'empêcher la divulgation lorsque celle-ci pourrait permettre d'éviter un danger pour la vie ou la sûreté d'une personne. David Luban écrivait : « if the only way to prevent [the perpetration of injuries on innocent third parties by a client] is to reveal the confidence, no argument that I can see counts against doing so »<sup>191</sup>.

Le secret professionnel est institué dans le but de permettre aux médecins d'exercer leur art dans les meilleures conditions. Il est un moyen au service d'une fin. Le droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité apparaît plutôt comme une fin en soi :

[...] according priority to the promotion of life and bodily integrity over the promotion of privilege makes sense. A key purpose of social order is the promotion of the good of each member of society. A social order should promote at least the lives and physical well-being of members. Privilege does not directly contribute to this end. Privilege plays a role in the protection of individual interests and in the advancement of the administration of justice, which in turn promote, in part, the lives and well-being of members of society. Privilege is a means of achieving ends; the promotion of life and physical integrity has more the character of an end or a basic social objective. Privilege is intrinsically subordinated to the promotion of life and bodily integrity.<sup>192</sup>

Il ne peut non plus y avoir d'équilibre entre les différents droits en concurrence car il y a, d'un côté, le droit fondamental d'une seule personne face à ceux de nombreuses autres victimes potentielles.

En outre, lorsque c'est le patient lui-même qui met une tierce personne en danger à cause de son état de santé, il paraîtrait très contradictoire que l'on continue malgré cela à

---

<sup>191</sup> David LUBAN, « Lawyers and Justice: An Ethical Study », Princeton, New Jersey, *Princeton University Press*, 1988, p. 189.

<sup>192</sup> W. N. RENKE, préc., note 142, 1054.

protéger son intérêt individuel, soit son droit au secret professionnel et à la vie privée, au détriment de tierces parties innocentes. Comme l'écrivait Brian F. Hoffman, « a person cannot expect confidentiality when it puts another person or persons at risk of serious harm »<sup>193</sup>.

Il faut également souligner que la plupart des exceptions au secret professionnel sont instituées dans un but de protection de la vie, de la sûreté et de l'intégrité des personnes, que ce soit lorsque l'on souhaite protéger la sécurité ou le développement d'un enfant<sup>194</sup>, lorsque l'on cherche à protéger les aînés ou les personnes majeures vulnérables<sup>195</sup>, lorsque l'on cherche à éviter des accidents de voitures<sup>196</sup>, d'avions<sup>197</sup> ou de trains<sup>198</sup>, ou encore lorsque l'on veut protéger les personnes contre l'utilisation de la violence au moyen d'armes à feu<sup>199</sup>. Il devrait donc en être de même de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*.

Il pourrait être nécessaire, dans chaque affaire impliquant l'application de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, de mettre en balance les différents droits fondamentaux qui interviennent en l'espèce et de déterminer lesquels seraient véritablement les plus touchés par une dénonciation ou une absence de dénonciation. Dans *Smith c. Jones*, le juge Cory indiquait : « [if] the threat to public safety outweighs the need to preserve solicitor-client privilege, then the privilege must be set aside »<sup>200</sup>.

La réponse est cependant loin d'être évidente. Les tribunaux eux-mêmes évitent de créer une hiérarchie entre les droits protégés par les chartes et préfèrent déterminer au cas par cas quel droit devrait primer en l'espèce. Comme le résumait Suzanne Nootens :

---

<sup>193</sup> Brian F. HOFFMAN, « Importance and Limits of Medical Confidentiality » (1997) 17(3) *Health Law in Canada* 93, 94.

<sup>194</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 2, art. 39 ; *Loi sur la protection de la jeunesse*, préc., note 52, art. 39.

<sup>195</sup> *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, préc., note 57, art. 21.

<sup>196</sup> *Code de la sécurité routière*, préc., note 60, art. 603.

<sup>197</sup> *Loi sur l'aéronautique*, préc., note 55, art. 6.5.

<sup>198</sup> *Loi sur la sécurité ferroviaire*, préc., note 56, art. 35(2).

<sup>199</sup> *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*, préc., note 61, art. 8.

<sup>200</sup> *Smith c. Jones*, préc., note 6, par. 85.

[...] plusieurs droits consacrés dans notre société, par les Chartes ou le droit commun, et tous considérés comme étant d'intérêt public, peuvent ici s'affronter: comment, en effet, concilier le droit à la confidentialité des relations médicales, au respect de la vie privée, à la liberté, et particulièrement à la non-intervention dans les aspects les plus intimes de la vie, à savoir les relations sexuelles, avec le droit d'autrui à la sécurité de sa personne et donc les impératifs de protection de la santé publique? Il appartient à la société de faire des choix: ainsi que le souligne le juge Tobriner dans l'affaire Tarasoff, la résolution du conflit d'intérêts entre le patient et la victime potentielle est une question de politique sociale, et non d'expertise professionnelle.<sup>201</sup>

## 2. *L'obligation de porter secours*

L'article 2 de la *Charte québécoise* prévoit un droit universel et fondamental à être secouru et, corrélativement, une obligation de porter secours :

Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

L'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* impose une véritable obligation à son débiteur, et non une simple possibilité. Celui-ci est tenu de porter secours à toute personne dont la vie est en péril, et le non-respect de cette obligation entraîne des conséquences, prévues à l'article 49 de la *Charte des droits et libertés de la personne* : le droit pour la victime « d'obtenir la cessation de cette atteinte et la réparation du préjudice moral ou matériel qui en résulte », et si l'atteinte est illicite et intentionnelle, le tribunal pourra également décider d'imposer des dommages-intérêts punitifs<sup>202</sup>.

Peut-on alors en conclure que lorsque la vie d'une personne est en péril et qu'un médecin pourrait lui porter secours en brisant le secret professionnel, l'article 2 de la *Charte québécoise* doit s'appliquer et le médecin est alors tenu de le faire ? Le bris du secret professionnel dans une telle situation entre-t-il dans la définition de « porter secours » ou au

---

<sup>201</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 519-520.

<sup>202</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 12, art. 49.



contraire, faut-il considérer que l'obligation au secret professionnel entre dans la catégorie des « autres motifs raisonnables » qui permettent au débiteur d'échapper à son obligation de porter secours ?

La jurisprudence s'est peu intéressée à définir la notion de péril. Dans une des rares décisions qui s'attache à le faire, le juge Chevalier ne fait que déclarer que :

Sans entrer dans une savante discussion de la portée de cette disposition de la Charte, j'estime qu'il n'existait pas en l'occurrence un état d'urgence tel qu'il créât à l'égard de l'appelant une obligation impérieuse de secours immédiat.<sup>203</sup>

C'est donc encore une fois vers la doctrine qu'il faut se tourner afin de mieux cerner les contours de cette notion. Un auteur définit ainsi le péril comme « un danger grave, aux conséquences mortelles » et estime que, conformément à la lettre de l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, il faut nécessairement que ce soit la vie d'une personne qui soit en danger, et non pas simplement son intégrité physique<sup>204</sup>. Il ajoute que ce danger doit présenter un certain caractère d'urgence :

[L]e but est de secourir, non d'achever, celui dont la vie est en péril. Le but n'est pas non plus de prévenir un danger. Pour que naisse l'obligation, il faut l'existence préalable d'une situation donnant ouverture à un péril de mort imminent pour la personne à secourir : un état d'urgence certain.<sup>205</sup>

Suzanne Nootens, quant à elle, définit le péril comme « une menace immédiate pour la vie, autrement dit une menace de lésions graves ou de mort à brève échéance s'il n'y a pas d'intervention extérieure »<sup>206</sup>.

Il ressort de ces différentes définitions jurisprudentielles et doctrinales plusieurs éléments. D'abord, le péril doit menacer la vie d'une personne et non seulement sa santé ou

---

<sup>203</sup> *Carignan c. Boudreau*, [1987] RL 257, par. 18.

<sup>204</sup> Alain KLOTZ, « Le droit au secours dans la province du Québec », (1991) 21(2) *R.D.U.S.* 479, 486.

<sup>205</sup> *Id.*, 488.

<sup>206</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 528.

sa sécurité. Ensuite, il doit exister une certaine urgence, une imminence qui justifie que l'on impose une obligation de porter secours à la personne qui en est immédiatement témoin.

Certains auteurs considèrent que l'obligation de porter secours ne devrait pas s'appliquer dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* parce que celle-ci « n'a pas encore, à ce jour, été interprétée dans une perspective autre que celle d'un péril immédiat, nécessitant une assistance physique instantanée »<sup>207</sup>.

Un auteur estime à l'inverse que l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* emporte une obligation de dénoncer pour les professionnels de la santé<sup>208</sup>. Ainsi, il souligne que les tribunaux ont appliqué l'obligation de porter secours dans des situations très variées telles que « une requête pour consultation de dossier d'adoption », « une requête pour autorisation de pratiquer une intervention chirurgicale », « une action en dommages-intérêts intentée contre un psychiatre et un hôpital à la suite du suicide d'une patiente » et « dans le cas de la garde d'un enfant par son père homosexuel »<sup>209</sup>. Il en conclut que, étant donné la diversité des situations dans lesquelles une obligation de porter secours a été dégagée, celle-ci devrait également s'appliquer à l'égard des médecins qui décideraient de dévoiler des informations confidentielles dans le but d'éviter une atteinte à la santé ou à la sécurité de leur patient ou de son entourage<sup>210</sup>.

Cet auteur va même jusqu'à considérer que le droit au secours ne devrait pas se limiter au risque d'une mort immédiate, mais devrait plus largement s'appliquer à tous les cas où la vie ou l'intégrité d'une personne est en danger, l'article 2 de la *Charte québécoise* étant le corollaire de l'article 1er<sup>211</sup>. Selon cette logique, toute situation dans laquelle la vie ou l'intégrité d'une personne serait en danger imposerait à toute personne en mesure de l'aider une obligation de lui porter secours. Ainsi, il considère que :

---

<sup>207</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 17, p. 410.

<sup>208</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 585-586.

<sup>209</sup> *Id.*

<sup>210</sup> *Id.*, 585.

<sup>211</sup> *Id.*, 587.

Si le droit au secours est réellement le corollaire du droit à la vie et à l'intégrité de la personne, nous ne voyons pas ce qui justifierait l'exclusion d'un devoir de secours dans le cas de personnes risquant de développer une maladie génétique grave dont la prévisibilité est substantielle. Restreindre la notion de péril pour la vie uniquement au risque d'une mort imminente nous paraît déraisonnable. La maladie est en soi une attaque à l'intégrité de la personne. Elle met la vie en péril, même lorsqu'elle n'engendre pas la mort. Elle porte atteinte à la vie professionnelle, la vie privée, la vie familiale, la vie amoureuse et la jouissance de la vie. Nous comprenons qu'en tant qu'exception au devoir de confidentialité l'article 2 de la Charte québécoise doit être interprété de façon restrictive. Toutefois, nous ne croyons pas qu'il soit justifié d'adopter une interprétation qui ignorerait des dimensions aussi importantes de ce qu'est la vie, c'est-à-dire l'ensemble des activités humaines qui donnent un intérêt à l'existence.<sup>212</sup>

Par ailleurs, l'article 1471 du *Code civil du Québec* prévoit que :

La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde.<sup>213</sup>

Or, il semblerait, selon l'ancien ministre Paul Bégin, que cette exonération de responsabilité s'appliquerait également dans le cas de professionnels de la santé qui divulguent des informations confidentielles lorsqu'ils craignent que la santé ou la sécurité de leur patient ou de son entourage soit en danger<sup>214</sup>.

Enfin, le même ministre Paul Bégin avait annoncé, lors de l'élaboration de l'article 60.4 al. 3 du *Code des professions*, similaire en partie à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*, que « le projet de loi s'inscrivait dans la foulée de l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, qui reconnaît que tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours et que toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril »<sup>215</sup>.

---

<sup>212</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 588.

<sup>213</sup> *Code civil du Québec*, préc., note 20, art. 1471.

<sup>214</sup> QUEBEC, ASSEMBLEE NATIONALE, préc., note 72.

<sup>215</sup> Y. D. DUSSAULT, préc., note 48, p. 161.

La professeure Nootens, quant à elle, considère que l'obligation de porter secours ne s'impose que dans les situations les plus extrêmes :

Les cas de poursuite dont la presse a fait état jusqu'ici visent des situations extrêmes de personnes ayant des relations sexuelles multiples et répétées et manifestant une insouciance totale à l'égard d'autrui, ou même ayant pour but avoué de transmettre le virus. Ces cas-là dépassent de loin la relation médecin-patient, impliquent l'intervention des pouvoirs publics et seraient, selon nous, les seuls susceptibles d'entraîner, pour toute personne au courant de la situation, une obligation de porter secours à autrui en l'occurrence d'avertir les victimes éventuelles. D'ailleurs ces individus ont bien souvent eux-mêmes de par leur attitude et leurs déclarations, publicisé leur état et, dès lors, une revendication du droit à la vie privée n'intervient plus.<sup>216</sup>

Toutefois, nous ne souscrivons pas à l'opinion selon laquelle l'obligation de porter secours imposerait aux professionnels de la santé une obligation de dénoncer dans le cas du VIH ou des maladies génétiques. L'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* et l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* sont des articles bien distincts qui ne doivent pas être utilisés pour augmenter leur portée respective. En outre, jamais la jurisprudence n'a émis l'intention d'élargir la notion de péril à l'hypothèse d'un danger menaçant l'intégrité d'une personne.

D'autre part, l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* nécessite une certaine urgence pour pouvoir être appliqué. Or, de nombreuses situations qui seraient couvertes par l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* ne sont pas couvertes par cette interprétation de l'obligation de porter secours. On pense par exemple aux maladies génétiques qui peuvent affecter longtemps une personne avant de constituer réellement une menace pour sa vie :

Les symptômes de plusieurs maladies génétiques, comme les cancers familiaux, ne se manifestent que tardivement. D'autres, cependant, se manifestent de façon presque spontanée mais nécessitent un apport extérieur, comme l'utilisation de barbituriques par une personne atteinte de porphyries. Il est donc difficile dans ces situations de parler de menace immédiate pour la vie.<sup>217</sup>

---

<sup>217</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 585.

De même, il faut qu'il existe une menace directe sur la vie d'une personne et non simplement sur son intégrité physique pour que l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* puisse s'appliquer, mais le VIH ou les maladies génétiques bien souvent ne touchent qu'à l'intégrité physique du patient et ne sont pas mortelles.

Ainsi, il paraît peu probable que l'obligation de secours puisse servir d'exception au devoir du médecin au secret professionnel lorsqu'il est question de VIH ou de maladies génétiques.

## CONCLUSION

La multiplicité des arguments en faveur ou en défaveur de l'imposition d'une obligation de dénoncer dans le cadre de l'article 20(5) du *Code de déontologie* est le reflet de la complexité de la question.

Le législateur lui-même opte pour laisser la discrétion aux médecins de dénoncer ou non, mais l'interprétation du droit positif, notamment de la *Charte des droits et libertés de la personne*, semble tendre vers l'imposition d'une obligation. La jurisprudence également n'apporte pas de réponse claire, notamment en raison d'un manque d'affaires portées devant les cours portant spécifiquement sur la question, et des incertitudes concernant l'applicabilité des décisions existantes à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*.

Cette incertitude législative et jurisprudentielle brouille le débat et ne permet pas d'apporter aux professionnels de la santé des lignes de conduites claires :

Nous avons souligné plus haut l'absence d'uniformité législative en la matière et le fait que les autorités semblent redouter les mesures trop coercitives qui risqueraient de compromettre l'efficacité de la lutte contre la maladie. Comment, dès lors, conclure à l'existence, pour le médecin, d'un véritable devoir de droit commun, là où les autorités se refusent à prendre position, alors que le débat public dure depuis des années et qu'il leur reviendrait donc de déterminer le comportement attendu du médecin "diligent et raisonnable"?<sup>218</sup>

Au-delà de la question de l'intention du législateur et de la jurisprudence interviennent des considérations éthiques qui alimentent les deux points de vue. Le débat s'élève en effet au-dessus des questions purement légales, puisque le *Code de déontologie des médecins* est avant tout un guide moral pour les professionnels de la santé.

La responsabilité légale des médecins s'ils décidaient de procéder ou de ne pas procéder à la dénonciation est également incertaine. Étant donné qu'il n'existe aucune disposition claire à l'effet qu'ils seront exonérés lorsqu'ils décident d'y procéder et qu'il

---

<sup>218</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 537.

s'avère ensuite que le patient ne représentait pas un réel danger, il est possible de croire que certains pourraient être tenus pour responsables.

Il serait opportun que les juges ou le législateur viennent apporter une ligne d'interprétation claire et unique de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* :

Il serait souhaitable, en effet, que les médecins disposent de lignes directrices claires et unifiées leur permettant de fonder et justifier leur démarche, face aux intérêts conflictuels entre lesquels ils doivent trancher. Faut-il appeler une intervention du législateur pour les exonérer de responsabilité lorsqu'ils décident, en conscience, de porter atteinte à la confidentialité?<sup>219</sup>

En effet, si aucune clarification n'est apportée, le risque est que les professionnels de la santé, par précaution, préfèrent ne pas dévoiler l'information dans aucune situation étant donné qu'il n'est pas certain que les juges acceptent un tel bris de leur obligation au secret professionnel et qu'il est presque certain qu'ils ne les déclareront pas responsables de ne pas avoir procédé à la divulgation<sup>220</sup>.

Il faut toutefois distinguer la question de l'interprétation de l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* en général de celle de son interprétation dans le cas du VIH et des maladies génétiques. En effet, ces deux affections constituent des cas particuliers relativement à l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* et elles ne peuvent être traitées de la même façon que tous les autres cas dans lesquels cet article pourrait être appliqué. Ainsi, il semble que si l'imposition d'une obligation de dénoncer soit préférable la plupart du temps, dans le cas du VIH et des maladies génétiques, la dénonciation devrait continuer d'être laissée à la discrétion du médecin. L'incertitude entourant ces situations et leur caractère moins urgent justifient cette solution.

Il serait alors possible d'imaginer un futur article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* qui impose une possibilité de dénoncer dans certaines situations, et une obligation dans d'autres. C'est l'opinion partagée par Tom L. Beauchamp et James F. Childress :

---

<sup>219</sup> *Id.*, 547.

<sup>220</sup> William F. FLANAGAN, « Genetic Data and Medical Confidentiality », (1995) 3 *Health L.J.* 269, 285.

We need not choose between these two approaches because they can be rendered coherent. There are circumstances in which it is obligatory to so act, [...] whereas other circumstances render it permissible to so act or permissible not to so act. [...] The justification for disclosure is the same in both sort of case, namely, reduction of a risk of grave injury or death; but levels of risk and the possibility of a physician's effective action will vary from case to case.<sup>221</sup>

En attendant que l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins* n'acquière une interprétation claire, les professionnels de la santé devront agir avec beaucoup de prudence lorsqu'ils seront confrontés à un patient dont l'état de santé peut représenter un danger pour sa santé, sa sécurité ou celle de son entourage<sup>222</sup>. Ainsi, « les médecins québécois sont peut-être devant un impératif de prévenir, mais tant que ce dernier demeurera d'ordre moral et non d'ordre légal, le médecin risque de subir les foudres d'une poursuite pour bris de confidentialité »<sup>223</sup>.

Certaines précautions devraient être observées afin d'éviter au maximum les risques d'être tenu responsable. D'abord, la dénonciation ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, et après que certaines formalités aient été respectées par le médecin. Des efforts devraient d'abord être faits pour convaincre le patient d'informer lui-même les membres de son entourage lorsque cela est pertinent pour leur permettre d'éviter le danger qui les menace<sup>224</sup>.

Cependant, dans le cas du VIH, une étude a démontré que le fait de laisser au patient le soin d'informer son entourage de son état de santé et du risque qu'ils peuvent encourir pouvait se révéler inefficace<sup>225</sup>. Toutefois, d'autres études sont venues à la conclusion que cela permettait à plus de partenaires de patients atteints du VIH de se faire tester<sup>226</sup>. C'est

---

<sup>221</sup> Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 8e éd., Oxford R.-U, Oxford University Press, 2019, p. 351.

<sup>222</sup> *Id.* ; M. LETENDRE, préc., note 101, 576.

<sup>223</sup> M. LETENDRE, préc., note 101, 589.

<sup>224</sup> S. NOOTENS, préc., note 8, 538 ; Gillian NYCUM, Bartha Maria KNOPPERS et Denise AVARD, « Intra-Familial Obligations to Communicate Genetic Risk Information: What Foundations? What Forms? », (2009) 3 *McGill Journal of Law and Health* 21 ; THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, préc., note 88, 475.

<sup>225</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 222, p. 349.

<sup>226</sup> *Id.*



pourquoi la solution qui est actuellement privilégiée est celle d'une divulgation accompagnée, c'est-à-dire où le professionnel de la santé assiste son patient au moment de dévoiler à sa famille son état de santé<sup>227</sup>.

De même, les renseignements révélés devraient être strictement limités à ce qui est nécessaire pour prévenir le danger que l'on cherche à éviter. Une divulgation qui irait au-delà constituerait un bris du secret professionnel et ne serait pas couverte par l'article 20(5) du *Code de déontologie des médecins*<sup>228</sup>.

Enfin, concernant le VIH et les maladies génétiques, le patient devrait être prévenu, avant de se soumettre à des examens médicaux afin de déterminer s'il est atteint de l'un ou de l'autre de ces affections, que le résultat pourrait être communiqué à son entourage s'il s'avérait positif<sup>229</sup>. Les professionnels de la santé devraient également tenter d'obtenir le consentement du patient à cette divulgation lorsque cela est possible<sup>230</sup>.

---

<sup>227</sup> *Id.*, p. 350.

<sup>228</sup> Derek J. JONES, préc. note 170, 111 ; Jean-Pierre MÉNARD, « Le dossier patient au Québec: Confidentialité et accès », 2018, en ligne : <<https://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm#danger>> (consulté le 29 novembre 2019).

<sup>229</sup> T. HURLIMANN, préc., note 107 ; M. LETENDRE, préc., note 101, 563, 590.

<sup>230</sup> *Id.*

**BIBLIOGRAPHIE****TABLE DE LA LÉGISLATION***Textes constitutionnels*

*Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)]

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12

*Textes fédéraux*

*Loi sur l'aéronautique*, L.R.C. (1985), ch. A-2

*Loi sur la sécurité ferroviaire*, L.R.C. (1985), ch. 32 (4<sup>e</sup> suppl.)

*Textes québécois*

*Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r 17

*Code de la sécurité routière*, RLRQ, c. C-24.2

*Code des professions*, RLRQ, c. C-26

*Loi médicale*, RLRQ, c. M-9

*Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1

*Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2

*Règlement interministériel d'application de la Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2, r. 2

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2

*Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*, RLRQ, c. P-38.0001

*Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3

## TABLE DE LA JURISPRUDENCE

*Jurisprudence canadienne*

- C. v. D.* (1924), 56 O.L.R. 209, [1924] O.J. No 113 (H.C.)
- Carignan c. Boudreau*, [1987] RL 257
- Carole Aubry (syndic) c. Jean-Yves Ruault*, décision n°20-9440060, 4 avril 1995 (Comité de discipline de l'ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec)
- Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5
- Cuthbertson c. Rasouli*, [2013] 3 RCS 341
- D. B. c. Pinard*, 2012 QCCQ 5954
- M.S. c. Lalla*, 2010 QCCS 2549
- McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 R.C.S. 138
- Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211
- R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371
- R. c. Dymont*, [1988] 2 R.C.S. 417
- R. c. Mabior*, [2012] 2 R.C.S. 584
- Régie de l'assurance maladie du Québec c. Mailloux*, 2012 QCCS 3124
- Smith c. Jones*, [1999] 1 R.C.S. 455
- Société d'énergie Foster Wheeler ltée c. Société intermunicipale de gestion et d'élimination des déchets (SIGED) inc.*, [2004] 1 RCS 456
- Tanner v. Norys*, (1980) 21 A.R. 372 (CA)
- Watters c. White*, 2012 QCCA 257
- Wenden v. Trikha*, 1993 ABCA 68

*Jurisprudence américaine*

- Pate v. Threkel*, 661 So. 2d 278 (Fla. 1995)
- Safer v. Estate of Pack*, 677 A. 2d 1188 (N.J. Sup. 1996)
- South Fla. Blood Serv. v. Rasmussen*, 467 So. 2d 798 (Fla. App. 3 Dist. 1985)
- Tarasoff v. Regents of the University of California*, 551 P.2d 334 (Cal. Sup. Ct. 1976)

*Jurisprudence anglaise*

*ABC v. St George's Healthcare NHS trust*, [2015] E.W.H.C. 1394 (Q.B.)

BIBLIOGRAPHIE

*Monographies et ouvrages collectifs*

- BEAUCHAMP, T. L. et CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, 8e éd., Oxford R.-U, Oxford University Press, 2019
- BERNARDOT, A. et KOURI, R. P., *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, 1980
- DUSSAULT, Y. D., « Divulguer des renseignements confidentiels en vue de protéger des personnes », dans Conférence des juristes de l'État, *Actes de la XVIe Conférence des juristes de l'État*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2004
- FRISON-ROCHE, M.-A., *Secrets professionnels*, Éditions Autrement, Paris, 1999
- GILMORE, N. et SOMERVILLE, M. A., *Physicians, Ethics and AIDS*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1989
- LAURIE, G.T., HARMON, S.H.E., DOVE, E.S., MASONS & MCCALL SMITH'S, *Law & Medical Ethics*, 11e éd., Oxford R.-U, Oxford University Press, 2019
- LITTRE, E, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Baillière, 1839
- LOIRET, P., *La théorie du secret médical*, Paris, Masson, 1988
- PHILIPS-NOOTENS, S., « Le dépistage des porteurs hétérozygotes. À la recherche de critères de légitimité : du discours éthique à la pratique », dans MÉLANÇON, M.-J. et GAGNÉ, R., (dir.), *Dépistage et diagnostic génétique, aspects cliniques, juridiques, éthiques et sociaux*, Québec, P.U.L., 1999
- PHILIPS-NOOTENS, S., KOURI, R. P. et LESAGE-JARJOURA, P., *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016
- PORTES, L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson, 1964
- ROY, D., « Le sida : ses enjeux éthiques », dans Joseph Josy LEVY et Henri COHEN (dir.), *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Québec, Méridien, 1997
- TREBUCHET, A., *Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France*, Paris, Baillière, 1834
- TRUDEL, P., « L'intérêt public: son rôle et les rouages de sa détermination », dans MORISSETTE, Y.-M., MACLAUCHLAN, W. et OUELLETTE, M., *La transparence dans le système judiciaire*, Montréal, Institut canadien d'administration de la justice, Éditions Thémis, 1994

*Articles de revue et études d'ouvrages collectifs*

- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Code d'éthique et de professionnalisme*, Ottawa, 2018
- ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *Déclaration de l'Association Médicale Mondiale sur le projet du génome humain*, Marbella, 1992
- BALASSOUPRAMANIANE, I., « La législation française est plus protectrice des droits des individus. Le secret professionnel », (2000) 32(3) *Journal du Barreau*, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol32/no3/vieprivee.html>> (consulté le 20 novembre 2019)
- BENYEKHEF, K., « Le droit à la vie privée en droit canadien et américain », dans *Annuaire international de justice constitutionnelle*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2002
- BERUBE, J., coroner, « Entrevue accordée à André Giroux », (1997) 1 *Journal du Barreau* 1
- CASSWELL, D. G., « Disclosure by a Physician of AIDS-Related Patient Information: An Ethical and Legal Dilemma », (1989) 68 *The Canadian Bar Review* 225
- COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, *Avis 129. Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*, Paris, 2018, en ligne : <[http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_129\\_vf.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_129_vf.pdf)> (consulté le 29 novembre 2019)
- COMITE CONSULTATIF ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA, *Divulgence de la séropositivité pour le VIH aux partenaires sexuels et aux partenaires d'injection de drogue*, Document de référence, Toronto, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2003
- COMITE DE BIOETHIQUE DU CHU SAINTE-JUSTINE, « Transmission d'information au médecin du service de santé de l'Hôpital dans un cas d'hépatite ou de Sida », 1991, en ligne : <<https://www.chusj.org/CORPO/files/bd/bdc199ed-6119-449f-ae82-537743d7cb55.pdf>> (consulté le 29 novembre 2019)
- COMITE INTERNATIONAL DE BIOETHIQUE DE L'UNESCO, *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines*, Paris, 2003
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS, *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal, 1992
- CRETE, R. et DUFOUR, M.-H., « L'exploitation des personnes âgées : pour un élargissement des dérogations au secret professionnel », (2016) 46 *Revue générale de droit* 397
- DABIN, J., « Théorie générale du droit », (1954) 6(1) *Revue internationale de droit comparé* 182
- DEKEUWER, C., « Faire l'autruche ou l'idiot rationnel ? De l'attitude la plus sage à adopter face aux prédictions proposées par la médecine génomique », (2018) 15 *Éthique et santé* 238
- DICKENS, B. M., « Legal Rights and Duties in the AIDS Epidemic », (1988) 239 *Science* 580
- EMSON, H. E., « Confidentiality: a Modified Value », (1988) 14 *Journal of medical ethics* 87

- EMSON, H. E., « The Duty to Warn in the Canadian Context », (1993) 149(12) *Can. Med. Assoc. J.* 1781
- FLANAGAN, W. F., « Genetic Data and Medical Confidentiality », (1995) 3 *Health L.J.* 269
- FREEDMAN, S., « Medical Privilege », (1954) 32(1) *The Canadian Bar Review* 1
- GILBAR, R. et FOSTER, C., « Doctor's Liability to the Patient's Relatives in Genetic Medicine », (2015) 24(1) *Medical Law Review* 112
- GOLD, J. L., « To Warn or Not to Warn? Genetic Information, Families, and Physician Liability » (2004) 8 *McGill Journal of Medicine* 72
- GUAY, H. et KNOPPERS, B. M., « Information génétique : qualification et communication en droit québécois », (1990) 21 *R.G.D.* 545
- HOFFMAN, B. F., « Importance and Limits of Medical Confidentiality » (1997) 17(3) *Health Law in Canada* 93
- HURLIMANN, T., « Le devoir du médecin de prévenir les proches d'un patient de leurs risques génétiques », (2004) 17 *L'observatoire de la génétique*, en ligne : <[http://www.omics-ethics.org/observatoire/cadrages/cadr2004/c\\_no17\\_04/ci\\_no17\\_04\\_02.html](http://www.omics-ethics.org/observatoire/cadrages/cadr2004/c_no17_04/ci_no17_04_02.html)> (consulté le 29 novembre 2019)
- JONES, D. J., « Interface of Law & Ethics in Canadian Research Ethics Standards: An Advisory Opinion on Confidentiality, its Limits, & Duties to Others », (2007) 1(1) *McGill Journal of Law and Health* 101
- JÜRGENS, R. et PALLES, M., *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/Sida et Société canadienne du Sida, 1997
- KIPNIS, K., « A Defense of an Unqualified Medical Confidentiality », (2006) 6(2) *American Journal of Bioethics* 7
- KLOTZ, A., « Le droit au secours dans la province du Québec », (1991) 21(2) *R.D.U.S.* 479
- KOTTOW, M. H., « Medical Confidentiality: an Intransigent and Absolute Obligation », (1986) 12 *Journal of Medical Ethics* 117
- LAW SOCIETY OF ALBERTA, *Code of Conduct*, 2018, en ligne : <<https://www.lawsociety.ab.ca/lawyers-and-students/practice-advisors/code/>> (consulté le 29 novembre 2019)
- LEMIEUX, C., « Éléments d'interprétation en droit civil », (1994) 24 *R.D.U.S.* 221
- LETENDRE, M., « Le devoir du médecin de prévenir les membres de la famille d'un patient atteint d'une maladie génétique », (2004) 49 *R.D. McGill* 555
- LÉVESQUE, E., KNOPPERS, B. M. et AVARD, D., « La protection de l'information génétique dans le domaine médical au Québec : principe général de confidentialité et questions soulevées par les dispositions d'exception », (2005-06) 36 *R.D.U.S.* 101
- LUBAN, D., « Lawyers and Justice: An Ethical Study », Princeton, New Jersey, *Princeton University Press*, 1988

- MAUMAHA NOUNE, R. et MONZEE, J., « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », (2009) 11(2) *Éthique publique* 147
- MBAYE, M. et al., « Problèmes éthiques rencontrés par les médecins dans la gestion de l'infection VIH en milieu de travail », (2005) 2(2) *Sidanet* 799
- MÉNARD, J.-P., « Le dossier patient au Québec: Confidentialité et accès », 2018, en ligne : <<https://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm#danger>> (consulté le 29 novembre 2019)
- MORISSETTE, Y.-M. et SHUMAN, D. W., « Le secret professionnel au Québec : une hydre à trente-neuf têtes rôde dans le droit de la preuve », (1984) 25 *Les cahiers de droit* 501
- NOOTENS, S., « La divulgation par le médecin d'une maladie transmissible sexuellement », (1991) 70 *Revue du Barreau canadien* 517
- NYCUM, G., KNOPPERS B. M. et AVARD, D., « Intra-Familial Obligations to Communicate Genetic Risk Information: What Foundations? What Forms? », (2009) 3 *McGill Journal of Law and Health* 21
- RACETTE, D., « La confidentialité des dossiers médicaux : échec à l'idéal orwellien », (1991) 31(3) *Bulletin* 10
- RENKE, W. N., « Case comment: secrets and lives - The public safety exception to Solicitor-client privilege: *Smith v. Jones* », (1999) 37(4) *Alberta Law Review* 1045
- RÉSEAU DE MÉDECINE GÉNÉTIQUE APPLIQUÉE, *Énoncé de principes : Recherche en génomique humaine*, Montréal, 2000
- RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, « La confidentialité des clients et la tenue de dossiers. Protéger un tiers contre un préjudice », Toronto, 2012, en ligne : <<http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2014/02/Chapter5.3-FRA.pdf>> (consulté le 2 décembre 2019)
- ROLAND, M., « Le secret médical, une controverse », (1997) 2 *Santé conjugée* 9
- SHANE, F., « La confidentialité et la dangerosité dans les relations entre le médecin et son patient. La position de l'Association des psychiatres du Canada », (1985) 30 *Revue can. de psychiatrie* 297
- SOW SIDIBE, A., « Le secret médical aujourd'hui », (2001) 2 *Afrilex*, en ligne : <[www.afrilex.u-bordeaux4.fr](http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr)> (consulté le 29 novembre 2019)
- ST-PIERRE, A., *Les effets juridiques de l'urgence sur la responsabilité médicale et hospitalière*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2014
- THE AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, SOCIAL ISSUES SUBCOMMITTEE ON FAMILIAL DISCLOSURE, ASHG Statement, « Professional Disclosure of Familial Genetic Information », (1998) 62 *Am. J. Hum. Genet.* 474
- TRUSCOTT, D. et CROOK, K. H., « Tarasoff in the Canadian Context: Wenden and the Duty to Protect », (1993) 38 *Can J. Psychiatry* 84

- VELLARD-HAMELIN, A.-C., *Du droit du patient atteint d'une maladie grave de ne pas savoir*, mémoire de diplôme universitaire, Paris, UFR de médecine, Université Pierre et Marie Curie, 2016, en ligne : <<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413315/document>> (consulté le 29 novembre 2019)
- WOODWARD, Z. et ARGENT, V. P., « Patient Confidentiality », (2005) 15 *Current Obstetrics and Gynaecology* 211
- YOUNG, H., « A Proposal for Access to Treatment Contrary to Clinical Judgment », (2017) 11(2) *McGill Journal of Law and Health* 1

#### *Documents gouvernementaux*

- BERUBE, J., coroner, *Rapport d'enquête du coroner sur les causes et les circonstances de décès de Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette et René Gaumont*, Gouvernement du Québec, Bureau du coroner, Sainte-Foy, 1997
- COMITE INTERMINISTERIEL DE COORDINATION EN MATIERE DE VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Gouvernement du Québec, Québec, 1995, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-842.pdf>> (consulté le 29 novembre 2019)
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*, Gouvernement du Québec, Montréal, 2015, en ligne : <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010\\_Referentiel\\_Valeurs\\_Analyse\\_Ethique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf)> (consulté le 30 novembre 2019)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *S'entraider pour la vie*, Québec, Publications du ministère de la santé et des services sociaux, 2001
- QUEBEC, ASSEMBLEE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission des institutions*, 2<sup>e</sup> sess., 36<sup>e</sup> légis., 4 octobre 2001, « Étude détaillée du projet de loi n° 180 - Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes » (M. Bégin)